



MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOTYÖN PAI- NOTUKSET PÄIHDEPSYKIATRISEN POTILAAN HOIDOSSA

Heli Holopainen
Johanna Riekkola

Opinnäytetyö
Marraskuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HOLOPAINEN, HELI & RIEKKOLA, JOHANNA:

Mielenterveys- ja päihdehoitotyön painotukset päihdepsykiatrisen potilaan hoidossa

Opinnäytetyö 49 s., liitteet 1 s.
Lokakuu 2011

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön hoitomenetelmien painotuksia päihdepsykiatristen potilaiden hoitotyössä päihdepsykiatrian osastolla. Aineistona olivat päihdepsykiatrisen osaston potilaiden hoitokertomuksien kirjaukset. Aineiston analysoinnissa käytettiin sekä sisällön-analyysejä että sisällön erittelyä. Tämä opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Tulosten mukaan päihdepsykiatrian osastolla painottuivat mielenterveyshoitotyön menetelmät päihdehoitotyön menetelmiä enemmän. Jotkut hoitotyön menetelmät näkyivät sekä päihdehoitotyössä, mielenterveyshoitotyössä että päihdepsykiatrisessa hoitotyössä ja näiden erottaminen oli hankalaa, sillä kirjauksista ei aina käynyt ilmi, missä yhteydessä kyseistä hoitotyön menetelmää oli käytetty. Lääkehoito nousi esille yhtenä käytetyimmistä hoitotyön menetelmistä yhdessä ryhmähoidon ja vuorovaikutuksen kanssa. Menetelmiä käytettiin kirjausten mukaan monipuolisesti ja integroidusti.

Kehittämisehdotuksena on huomion kiinnittäminen kirjaamiskäytäntöihin ja kirjaamisen yhdenmukaistamiseen pyrkiminen. Lääkehoidon seurannan kirjaamisen kehittäminen nousi yhtenä keskeisenä asiana esille. Erityisesti siltä osin, mikä on lääkkeen vaste, tuleeko lääkkeestä sivuvaikutuksia, mihin vaivaan lääke on potilaalle annettu ja onko potilaalle ehdotettu tai onko käytetty lääkkeitömiä vaihtoehtoja. Jatkotutkimusaiheiksi esitämme hoitotyön kirjausten laadullisen tutkimisen kirjausten sisältöön keskittyen erityisesti mielenterveys- ja päihdehoitotyön alalla. Jatkossa voisi tutkia kirjaamista laajemmin ilman hoitotyön menetelmien näkökulmaa.

Avainsanat: Mielenterveyshoitotyö, päihdehoitotyö, päihdepsykiatrisen hoitotyö, hoitotyön menetelmä, hoitotyön kirjaaminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Option of Nursing and Health Care

HOLOPAINEN, HELI & RIEKKOLA, JOHANNA:
Mental Health and Substance Abuse Care Emphases in the Treatment of Ad-
diction Psychiatric Patients

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 1 page
October 2011

The aim of this thesis was to chart the methods used dealing with mental patients and substance abusers, in an addiction psychiatry clinic. We used the clinic's medical records as study material. The data were analyzed using qualitative and quantitative content analysis. This Bachelor's thesis was carried out in cooperation with the Pirkanmaa Hospital District.

The results show that the addiction psychiatry clinic focused on mental health nursing methodology more than on substance abuse nursing methodology. Some of the methods of nursing care could be seen in substance abuse care, mental health care, as well as addiction psychiatric care and separating them was difficult, because the documentation did not always reveal the context in which this method had been used in nursing. Pharmacotherapy emerged as one of the most frequently used methods of nursing care in group therapy and interaction with the patient. According to the records, the methods were used in a versatile and integrated manner.

A development proposal would be to draw attention to practices of documentation and their standardization. The development of pharmacotherapy follow-up records rose up as one of the key issues. A further research topic would be to conduct a qualitative study on the contents of nursing records with a particular focus on mental health and substance abuse in the field of nursing. In the future, recording could be examined from a broader perspective without focusing on nursing methods.

Key words: Mental health nursing, substance abuse nursing, substance abuse psychiatric nursing, nursing process, nursing documentation.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1 Päihdehoitotyö.....	8
3.1.1 Lääkehoito päihdehoitotyössä	9
3.1.2 Mini-interventio	10
3.2 Mielenterveyshoitotyö.....	11
3.2.1 Lääkehoito mielenterveyshoitotyössä	12
3.2.2 Psykoedukaatio	13
3.3 Päihdepsykiatrinen hoitotyö.....	14
3.3.1 Vuorovaikutus	16
3.3.2 Yhteistyösuhde	17
3.3.3 Kuntouttava työote	18
3.3.4 Yhteisöhoito	19
3.3.5 Hoidolliset ryhmät	19
3.3.6 Perhekeskeinen hoitotyö.....	21
3.3.7 Eristäminen.....	22
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	24
4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	24
4.2 Aineiston keruu.....	24
4.3 Sisällön analyysi.....	25
5 TULOKSET	27
5.1 Tarvittava lääkehoito	27
5.1.1 Akuuttivaihe	27
5.1.2 Akuuttivaiheen jälkeen	28
5.2 Psykoedukaatio	29
5.3 Vuorovaikutus.....	29
5.3.1 Vuorovaikutus sairaanhoitajan aloitteesta.....	29
5.3.2 Vuorovaikutus potilaan aloitteesta	30
5.3.3 Informaation antaminen	31
5.3.4 Muu vuorovaikutus.....	31

5.4 Yhteistyösuhde.....	32
5.4.1 Mielenterveyshoitotyöhön liittyvät omahoitajakeskustelut	32
5.4.2 Päihdehoitotyöhön liittyvät omahoitajakeskustelut	33
5.4.3 Päihdepsykiatriseen hoitotyöhön liittyvät omahoitajakeskustelut	33
5.5 Kuntouttava työote	33
5.6 Yhteisöhoito.....	34
5.7 Hoidolliset ryhmät.....	35
5.8 Perhekeskeinen hoitotyö	35
5.9 Eristäminen	36
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	37
6.1 Eettisyys	37
6.2 Luotettavuus.....	38
6.3 Tulosten tarkastelu	40
6.3.1 Tarvittava lääkehoito.....	40
6.3.2 Psykoedukaatio	41
6.3.3 Vuorovaikutus	41
6.3.4 Yhteistyösuhde	42
6.3.5 Kuntouttava työote	42
6.3.6 Yhteisöhoito	43
6.3.7 Hoidolliset ryhmät	43
6.3.8 Perhekeskeinen hoitotyö.....	43
6.3.9 Eristäminen	44
6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet.....	45
LÄHTEET	46
LIITTEET	49

1 JOHDANTO

Päihderiippuvuutta sairastavista aikuisista 50–80 prosenttia sairastaa samanaikaisesti mielenterveyden sairauksia. Mielenterveyspotilaista päihteiden ongelmakäyttäjia on 40–80 prosenttia. (Holmberg 2008, 12–14.) Suomessa oli vuonna 2007 noin 37 500 hoitojaksoa, joiden pää- tai sivudiagnoosina oli alkoholin käyttöön liittyvä sairaus. Huumesairaus oli vuonna 2008 pää- tai sivudiagnoosina 9 500 hoitojaksossa. (Holmberg 2010, 16–20.) Viime vuosikymmeninä mielenterveysongelmien määrä on pysynyt Suomessa vakaana. Ongelmien taloudelliset ja yhteiskunnalliset vaikutukset ovat kuitenkin kasvaneet. Vuosien 1987–2002 välillä Suomessa yhtäaikaisten huumausaine- ja psykiatristen sairauksien vuoksi sairaalahoidossa olleiden potilaiden osuus on lähes viisinkertaistunut. (Holmberg 2008, 12–14.)

Hoitotyön näkökulmasta voi olla vaikea varmuudella sanoa, onko mielenterveys- vai päihdeongelma ollut ensin. Arjen hoitotyössä yhteisesiintyvyys on todennäköistä. (Kuhanen ym. 2010, 35–39.) Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna enemmän kuin 80% päihderiippuvaisista eivät kykene hakemaan apua päihdeongelmaansa itse. Sen sijaan että kyse olisi joko päihdeongelman kieltämisestä tai haluttomuudesta hakea apua, voi kyse olla päihteiden aiheuttamasta aivo toiminnan heikkenemisestä. Hoitohenkilökunnan aktiivinen rooli päihdeongelman havaitsemisessa, tunnistamisessa ja hoitoon ohjaamisessa on merkittävä. (Goldstein ym. 2009, 372).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön menetelmien painotuksia päihdepsykiatristen potilaiden hoitotyössä. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Tulevina mielenterveys- ja päihdehoitotyön ammattilaisina kohtaamme jokapäiväisessä työssämme päihdepsykiatrisia potilaita. Päihdepsykiatrinen hoitotyö haastaa kehittämään omaa ammattitaitoaamme yleisyytensä ja monimuotoisuutensa vuoksi. Halusimme omalta osaltamme perehtyä päihdepsykiatriseen hoitotyöhön ja sen erilaisiin menetelmiin ja tarvittaessa mahdollistaa hoitotyön edelleen kehittämisen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön hoitomenetelmien painotuksia päihdepsykiatristen potilaiden hoitotyössä päihdepsykiatrian osastolla.

Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Millaisilla päihdehoitotyön menetelmillä potilaita hoidetaan päihdepsykiatrian osastolla?
2. Millaisilla mielenterveyshoitotyön menetelmillä potilaita hoidetaan päihdepsykiatrian osastolla?
3. Mikä on näiden suhde toisiinsa potilaan hoidossa?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa sairaanhoitajien käyttöön tietoa päihdepsykiatristen potilaiden käytännön hoitotyöstä. Tavoitteena oli myös lisätä sairaanhoitajien tietoisuutta heidän omassa työssään käyttämistään hoitotyön menetelmien painotuksista päihdepsykiatristen potilaiden hoidossa, mikä tarvittaessa mahdollistaa hoitotyön edelleen kehittämisen.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Päihdehoitotyö

Jokaisella Suomessa asuvalla ihmisellä on perustuslaillinen oikeus saada terveydentilansa vaativaa hoitoa riippumatta päihtymyksen asteesta. Hoitotyössä jokaista on kohdeltava asiallisesti ja ammatillisesti päihtyneisyydestä riippumatta. Päihdeongelma tai päihtyneisyys ei saa olla esteenä hoidon tarpeen arvioinnille tai hoidon saamiselle. Hoitotakuu koskee päihdeongelmaisia ihmisiä samalla tavalla kuin kaikkia muitakin. (Holmberg 2010, 110.) Päihderiippuvuudesta kärsivä henkilö saattaa jäädä yhteiskunnan suoman turvaverkon ulkopuolelle, koska hänen koetaan olevan itse syyllinen oman heikkoluonteisuutensa vuoksi riippuvuuteensa. (Heikkilä 2008, 23.) Päihdeongelmista kärsivän ihmisen hoitaminen on yhteiskunnalle hyvä ratkaisu sekä taloudellisesti että inhimillisesti. Päihdehoitotyö tulisi nähdä mieluummin haastavana ja mielenkiintoisena mahdollisuutena auttaa kuin vaikeana ja hankalana velvollisuutena. (Holmberg 2010, 110.)

Osa päihteiden käyttäjistä toipuu ilman ammattiapua. Alkoholin käytön lopettaneista 14–50 prosenttia ovat päässeet juomisesta irti ilman hoitoa. Jopa 70 prosenttia toipuneista alkoholin käyttäjistä on toipunut ilman hoitoa. Ilman hoitoa toipuvat ihmiset voivat silti hakeutua hoitoon, vaikka toipuminen on alkanut ennen varsinaista päihdehoitoa. Heillä on havaittu olevan vähemmän vieroitustoireita ja muita oireita lopettamiseen liittyen. Tässä tilanteessa olevaa ihmistä voidaan hoitotyön keinoin auttaa alkaneen muutoksen jatkumisessa ja syvenemisessä. (Holmberg 2010, 111–112.) Esimerkkinä addiktion syntymisestä ja lääkkeettömästä vieroittumisesta voidaan pitää Vietnamin sodan veteraaneja, jotka käyttivät sodan aikana heroinia. Heistä 90 prosenttia jätti heroinin samalla, kun he lähtivät pois rintamalta.

Päihderiippuvuus voi liittyä myös tiettyyn elämäntilanteeseen ja pelkkä elämäntilanteen muuttuminen voi olla mahdollisuus riippuvuudesta irti pääsemiseen. Psyykkisen voinnin helpottuminen ahdistuksen ja pelon tai tylsistymisen osalta

helpottaa myös päihderiippuvuudesta toipumista. (Peele 2004, 43–44). Hyvän hoitoympäristön kriteereinä voidaan pitää päihteettömyyttä tukevaa ja toipumisesta edesauttavaa ilmapiiriä, josta välittyy potilaan kunnioittaminen yksilönä ja tärkeänä osallisena omassa sosiaalisessa verkostossaan. Hoitoprosessin aikana perehdytään potilaan voimavaroihin yhdessä ja tuetaan potilaan sisäistä motivaatiota vastuuseen omasta elämästä. (Vähäniemi 2008, 101.) Sairaanhoitaja voi tarjota päihteistä toipuvalle ihmiselle uusia näkökulmia ja ajatuksia toipumiseen, vaikka potilas hoitoa vastustaisikin tai kokisi sen tarpeettomaksi. Hoitotyössä toipumisen kulmakivinä nähdään siis ihminen ja hänen muutoshalukkuutensa. Muutokset ja tehtävä työ on potilaan toimesta tapahtuvaa, ei hoitajan. Hoidosta voi saada juuri niin paljon kuin siihen potilas on valmis panostamaan. (Holmberg 2010, 111–112.)

Päihdehoitotyö pitää sisällään päihteiden käytöstä johtuvien ongelmien tunnistuskeinoja, akuuttihoitotyötä, erityispalveluiden tarpeen arviointia, hoitoonohjausta ja päihdekuntoutukseen osallistumista (Holmberg 2010, 24–26). Päihdehoitotyössä olennaista on päihteen aiheuttamien haittojen lievittäminen, sairauksien ennaltaehkäisy ja hoitaminen, lääkehoito, fyysisen tilan seuranta, perustarpeiden turvaaminen ja kohtaaminen sekä vuorovaikutus. On tärkeää tunnistaa ihmisen päihteiden käytön taso, sillä se määrittää pitkälti hoidon ja tukemisen muotoja. (Kaasalainen & Sulin 2008).

3.1.1 Lääkehoito päihdehoitotyössä

Alkoholiriippuvuus on pitkäaikainen sairaus, johon on mahdollista saada myös lääkehoitoa. Positiivisia kokemuksia on saavutettu hoidoilla, joissa lääkehoitoon on yhdistetty erilaisia terapioita ja sosiaalisia tukimuotoja. (Kuhanen ym. 2010, 288.) Alkoholiongelman hoidossa psykososiaaliin hoitomuotoihin lääkehoidon yhdistämällä voidaan hoidon vastetta parantaa jopa 15–25 prosenttia. Lääkehoidolla pyritään saamaan aikaan antabusvaikutus, vähentämään humaltumiseen liittyvää mielihyvän tunnetta, vähentämään retkahduksen mahdollisuutta, vähentämään alkoholinkulutusta, lisäämään raittiiden päivien määrää ja vähentämään viinanhimoa. Vaikka akupunktuurilla ei varsinaisesti ole vaikutusta alko-

holismin hoidossa, näyttäisi se kliinisen kokemuksen mukaan lisäävän hoitoon sitoutumista ja hoitomotivaatiota. (Käypä hoito 2011a.)

Huumeriippuvuuden hoidossa lääkehoito määräytyy käytetyn huumeen perusteella. Oireenmukaisessa hoidossa lääkityksenä käytetään esimerkiksi tulehduskipulääkkeitä, pahoinvointilääkkeitä, ahdistuslääkkeitä ja ripuliin loperamidia. Opioidivieroitushoidossa voidaan estää vieroitusoireita antamalla potilaalle 12-24 tunnin kuluessa viimeisimmästä huumeannoksesta bubrenorfiinia tai metadonia. Tämän tarkoituksena on vakiinnuttaa potilaan tila ja näin voidaan siirtyä jatkohoitoon. Opioidiagonistit vähentävät vieroitusoireita, mutta suurin osa potilaista retkahtaa hoidon jälkeen. (Käypä hoito 2011b.)

Opioidikorvaushoidossa suun kautta annettavat metadoni ja bubrenorfiini toimivat antagonisteinä suonensisäisesti käytettäville laittomille opioideille. Samalla estetään vieroitusoireita sekä poistetaan opioidihimoa. Hoidon tavoite on kiinnittää potilas hoitoon, pysäyttää rikollinen käytös, syrjäytyminen ja muiden päihteiden käyttö, mahdollistaa psykososiaaliset hoidot ja psyykinen ja fyysinen kuntoutuminen. Potilasta hoitava taho luovuttaa valvotusti potilaalle kerrallaan korkeintaan kahdeksan vuorokauden lääkeannokset. Potilaan päihteiden käyttöä seurataan huumeaseloin. (Käypä hoito 2011b.)

3.1.2 Mini-interventio

Mini-interventio on lyhyt neuvonta, joka tapahtuu terveydenhuollossa ja jonka tarkoituksena on tukea ja auttaa potilasta alkoholin käytön vähentämisessä ennen kuin on ehtinyt aiheutua haittoja. Mini-interventio sisältää alkoholin käytön määrän selvittämisen, neuvonnan ja tarvittaessa myös seurantakäyntejä. Lyhytneuvonta tehoaa yhtä hyvin sekä naisiin että miehiin, ja sen vaikutus kestää 1–2 vuotta. (Päihdelinkki 2008.) Vaikka lyhytneuvonnan tehokkuus on työikäisillä todistettu useissa tutkimuksissa, vain noin 30 prosenttia terveydenhuollon ammattihenkilöistä tekee mini-interventiota potilailleen. Tätä on selitetty kiireellä, resurssipulalla, koulutusvajeella, ohjeiden puuttumisella ja omien taitojen riittämättömyydellä ja kohderyhmän tunnistamisen vaikeudella. (Holmberg 2010, 27.)

Mini-interventiossa eniten käytetty työväline on AUDIT-testi. Se on maailman terveysjärjestön kehittämä strukturoitu testilomake, joka sisältää kymmenen kysymystä alkoholinkäytön tiheyden, käytettyjen määrien ja käytön aiheuttamien haittojen arvioimiseksi. Lomakkeen potilas voi täyttää itsenäisesti tai se voidaan täyttää yhdessä haastatellen. Lomakkeen täyttööä seuraa tarvittaessa lyhyt-neuvonta, jossa käsitellään päihteiden käytön vaikutusta kyseisen henkilön ter-veyteen ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. (Holmberg 2010, 30.)

3.2 Mielenterveyshoitotyö

Osa jokaisen ihmisen hyvinvointia on mielenterveys. Fyysistä terveyttä ja mie-lenterveyttä ei voida erottaa, sillä ne ovat yhteydessä toisiinsa jatkuvasti ihmi-sen koko elämänkaaren ajan. (Kuhanen ym. 2010, 16–17.) Hyvä mielenterveys on hyvinvointia ylläpitävä voimavara, jota keräämme ja kulutamme jokapäiväi-sessä elämässä. Yksilöllä tulisi olla valmiudet vaikeuksien kohdatessa niiden käsittelyyn, ahdistuksen hallintaan, menetysten sietämiseen ja kyky sopeutua elämänmuutoksiin. (Lehtonen & Lönqvist 2001, 11.) Positiivisessa mielen-terveydessä oleva potentiaali on merkittävä koko yhteiskunnan kannalta. Mielen-terveyshoitotyötä tehdessään sairaanhoitaja pyrkii ohjaamaan potilasta kohti positiivista mielenterveyttä. Sairaanhoitaja parantaa ihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä keskittymällä potilaan vahvuuksiin ja voimavaroihin. Vahvuuksien ja voimavarojen kautta pärjäävyys ja koherenssin tunne arjessa vahvistuu. Sai-raanhoitaja toteuttaa mielenterveyshoitotyötä itsenäisesti, potilaslähtöisesti ja vastuullisesti. Mielenterveyshoitotyön perustaa luovat yksilön, perheen ja yhtei-sön voimavarojen tukeminen sekä mielenterveyden edistäminen. Keskeistä on myös mielenterveyden häiriöiden ehkäisevä ja korjaava toiminta sekä persoo-nallisuuden kasvun edistäminen. (Kuhanen ym. 2010, 16–17.)

3.2.1 Lääkehoito mielenterveyshoitotyössä

Lääkehoito yhdessä eri terapioiden ja psykososiaalisten hoitomuotojen kanssa lievittää potilaan oireita, parantaa ennustetta ja ennaltaehkäisee uusiutumista. Terveystieteiden ammattihenkilöstö keskustelee ja antaa tietoa potilaalle ja hänen läheisilleen lääkkeiden käytöstä ja sen merkityksestä potilaan hyvinvoinnin näkökulmasta. (Kuhanen ym. 2010, 252.) Psyykenlääkkeiden käyttöön liittyy tavallista enemmän ennakkoluuloja ja negatiivista asennetta. Pahimmassa tapauksessa psyykenlääke voi potilaan mielessä muodostua vertauskuvaksi hänen häpeälliseksi kokemastaan sairaudesta. Psyykenlääkkeen vaikutus ei aina ole tärkeintä, vaan ne mahdollisuudet, jotka avautuvat lääkehoidon myötä. (Salmela 2011.)

Psyykenlääkkeet jaetaan vaikutustavan ja käyttöindikaation mukaan psykoosilääkkeisiin, masennuslääkkeisiin, manialääkkeisiin, anksiolyytteihin, hypnootteihin ja sedatiiveihin, keskushermostoa stimuloiviin sekä tupakointi-, alkoholi- ja huumevieroituslääkkeisiin. Lisäksi joidenkin psyykkisten sairauksien hoidossa käytetään epilepsialääkkeitä, joiden indikaationa on mielentasaaminen. Vaikka lääkehoito aloitetaan lääkärin ja potilaan yhteistyön tuloksena, on sairaanhoitajan rooli merkittävä lääkehoidon onnistumisen kannalta. Sairaanhoitaja havainnoi potilasta voinnissa tapahtuvien muutosten osalta. Potilaan kanssa käydään keskustelua hänen kokemuksistaan ja tuntemuksistaan, joita lääkehoito herättää. Vuorovaikutuksen ja havainnoinnin avulla sairaanhoitaja saa tietoa potilaan lääkitysmuutoksista ja lääkityksen vasteesta sekä mahdollisista haittavaikutuksista. (Kuhanen ym. 2010, 291–292.) Laadukas lääkehoidon toteuttaminen vaatii sairaanhoitajalta sekä teoreettista, että käytännön tietotaitoa. Muita osaamisen alueita ovat kriittinen ajattelu ja sairaanhoitajan eettisten arvojen omaksuminen osaksi omaa ammattitaitoa. Lääkehoidon toteuttamista ohjaavat farmakologian, anatomian ja fysiologian lainalaisuudet sekä lääkehoidon etiikka. (Nissinen & Pikkarainen 2002.)

3.2.2 Psykoedukaatio

Psykoedukaatioon kuuluu koulutuksellinen työskentely, koulutuksellinen perheytyö, potilas- ja omaisopetus, uusiutumisen ehkäisy ja oireiden hallinta. Psykoedukaatio on kehittynyt alun perin psykoosiin tai skitsofreniaan sairastuneen potilaan ja hänen perheensä kanssa tehtäväksi opetukselliseksi menetelmäksi. Yhdessä työskentely potilaan ja perheenjäsenten kanssa on psykoedukaation tausta-ajatus. Tavoitteena on yhdessä etsiä ratkaisua potilaan ja perheen ongelmiin. Sosiaalisia taitoja harjoitellaan yhdessä potilaan kanssa, koska kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaidot ovat oleellinen keino arkielämässä selviytymisessä. Potilaan kokemukset toimivat psykoedukaation lähtökohtana. Sairaanhoitaja osaltaan kunnioittaa näitä kokemuksia ja osaa liittää niihin hoitotyön ja lääketieteen uusimman tiedon yhteistyösuhteessa. (Kuhanen ym. 2010, 90–91.) Psykoedukaatio ei ole hoitajan yksin toteuttama prosessi, jossa hoitajalla on kaikki tieto, vaan potilas on aktiivinen osallistuja. Molemmat toimivat sekä oppijoina ja opettajina. Myös potilaan läheiset voivat olla yksi tekijä prosessissa. Kaikissa prosessin osapuolissa tapahtuu osaamisen kehittymistä, ymmärryksen kasvua ja tiedon välittämistä. Potilas ja omaiset ovat asiantuntijoita omassa tilanteessa sekä tänä päivänä yhä lisääntyvästi myös sairauteen liittyvissä asioissa ja sen hoidossa. Hoitajan asiantuntijuus perustuu koulutukseen ja kokemukseen. (Peplau 1990, Vilen ym. 2002, Kilkun 2008, 21–22 mukaan).

Psykoedukaatio painottaa enemmän nykyisyyttä ja tulevaisuutta kuin syiden etsimistä ja menneisyyttä. Menetelmässä keskitytään siihen, ettei perhe vaikuta potilaan sairastumiseen, mutta voi vaikuttaa sairauden kulkuun. Perheen sisäinen tunneilmapiiri saattaa vaikuttaa potilaan riskiin sairastua uudelleen. Korostunut tunneilmapiiri eli vihamielisyyden, kriittisyyden ja ylihuolehtivaisuuden korostuminen vuorovaikutuksessa perheen sisällä nosti uusiutumisen riskiä. (Kuhanen ym. 2010, 91–92.) Perhe tarvitsee yksilöllistä ja adekvaattia tietoa sairaudesta, sairastumiseen sopeutumisesta ja sairauden kanssa elämisestä (Peplau 1990, Vilen ym. 2002, Kilkun 2008, 21–22 mukaan).

3.3 Päihdepsykiatrinen hoitotyö

Päihdepsykiatrisista ongelmista kärsivä ihminen on päihteidenkäyttäjä, joka samaan aikaan kärsii yhdestä tai useammasta mielenterveysongelmasta. Näiden ihmisten ongelmat ovat varsin monimuotoisia ja päällekkäisiä. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat muovautuvia kokonaisuuksia, joista ei aina kumpikaan ole hoidon kohteena ensisijaisesti. (Holmberg 2008, 12.) Päihteiden käyttö aiheuttaa fyysistä riippuvuutta ja päihteiden käyttäjän persoonallisuuden muutoksia. Kuntoutumisen näkökulmasta huomionarvoista on, että parantumisprosessi voi alkaa vasta, kun hoito kohdistuu sairastuneen mielen muuttumiseen. Pelkkä päihteettömyys ei varsinaisesti ihmistä paranna, se vain antaa mahdollisuuden muutokseen. (Heikkilä 2008, 33.)

Hoitotyön näkökulmasta mielenterveys- ja päihdehäiriöitä voidaan ajatella yhteisesiintyvyyden näkökulmasta, jolloin korostuu kokonaisvaltainen ja koordinoiva hoitotyö. Yhteisesiintyvyyden käsite ei kuitenkaan kata somaattisia sairauksia tai sosiaalisia ongelmia, joita potilaan kokonaistilanteeseen voi liittyä. (Holmberg 2008, 13.) Tämän päivän yhteiskunnassa yksilö voi tuntea itsensä yksinäiseksi ja hämmentyneeksi ja tällöin syntyy tunne pärjäämättömyydestä. Kun vuorovaikutuksen ja yhteisöllisyyden tarpeet jäävät vajaiksi, apua ja tukea saatetaan hakea päihteiden käytöstä. (Holmberg 2010, 12–13.) Päihdepsykiatrista potilasta hoidetaan yksilö-, perhe- ja ryhmähoidon kautta. Päihdepsykiatrisen potilaan ennuste on huonompi kuin niiden, joilla on vain yksi ongelma. Potilaan elämäntilanne on usein kaaoksessa kaikilta osa-alueiltaan, voimavarat ovat rajallisia ja päihteiden käyttö häiritsee ajattelua ja vaikeuttaa hoitoon hakeutumista. Vaarana on myös palvelujen ulkopuolelle ja avun saavuttamattomiin joutuminen, jolloin potilas itse käy sattumanvaraisesti etsimässä apua milloin mistäkin tai häntä ohjataan terveydenhuollon puolesta paikasta toiseen sitten, ettei hän kuulu mihinkään eikä saa apua mistään. (Holmberg 2008, 13.)

Päihteiden ongelmakäyttö ja sen rinnalla kulkevat mielenterveysongelmat kuormittavat kansantaloutta laajasti. Päihdepsykiatrisia potilaita kohdataan terveydenhuollon ja sosiaalihuollon jokaisella osa-alueella. Kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu tulokseksi, että päihderiippuvuudesta kärsivistä nuorista ja

aikuisista 50–80 prosentilla on liitännäissairautena mielenterveydensairauksia. (Holmberg 2008, 13.) Erilaiset päihteet ovat olleet osa ihmiskunnan elämää käytännössä aina. Päihteet sekä niiden käytön yleisyys vaihtelevat aikakauden mukaan. Myös tämän päivän päihteet ja niiden käyttökulttuuri sekä yleisyys ovat aikakautemme tuotteita. (Holmberg 2010, 11.)

Päihdepsykiatriset potilaat tarvitsevat monipuolisia hoidollisia menetelmiä, joista yleisimmin painottuu kognitiivis-behavioraalinen, psykoedukatiivinen ja retkahduksia ehkäisevä hoito. Lisäksi käytetään psykodynaamista terapiaa, käyttäytymis- ja perheterapiaa sekä yhteisövahvistus- ja vertaistukiryhmiä. Hoitotyön periaatteita käytetään myös mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Pyrkimyksenä on potilaan riippumattomuus hoidosta ja hoidon toteuttajista. Hoitotyön ongelmia määritellään potilaan elämäntilanteesta, voimavaroista ja ongelmista käsin. (Holmberg 2008, 20.) Sairaanhoidaja tukee potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa, pohtii, mitkä auttamismenetelmät toimisivat kyseessä olevan potilaan tilanteessa parhaiten ja asettaa tavoitteita. Näistä osa-alueista muodostuu hoitosuunnitelma, jonka koordinoijana ja toteuttajana sairaanhoidaja toimii yhteistyössä niin potilaan ja hänen läheistensä kuin moniammatillisen työryhmänkin kanssa. Sairaanhoidaja seuraa ja arvioi hoidon ja ohjauksen etenemistä ja sen vastetta kokonaisvaltaisesta näkökulmasta. Sairaanhoidajan hoitotyön osaamiseen kuuluu mielenterveys- ja päihdetyössä motivoivan haastattelun periaatteita ja verkostokeskeinen työote. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2006, 22–24.) Päihdepsykiatrisen potilaan kohtaamisessa erityisen tärkeinä voidaan pitää neutraalisuutta, yksilöllisyyttä, turvallisuutta, rohkeutta, luottamusta ja kärsivällisyyttä. Hoidon kannalta merkittäviä asioita ovat jatkuvuus, pysyvyys ja toivon pitäminen yllä. (Holmberg 2008, 20.)

Päihdepsykiatrisia ongelmia hoidetaan yleensä jaksottain, rinnakkain tai integroidusti. Jaksottaisuus tarkoittaa, että kun ollaan päästy yhdessä häiriössä riittävän hyvään tulokseen, siirrytään seuraavan häiriön hoitoon. Rinnakkain hoidettaessa eri tahot hoitavat kukin omaa häiriötään yhtäaikaan. Integroidussa mallissa taas moniammatillisessa yhteistyössä hoidetaan kaikkia potilaan häiriöitä samanaikaisesti. Integroitua mallia pidetään kaikkein parhaana vaihtoehtona tällä hetkellä. (Holmberg 2008, 21.)

3.3.1 Vuorovaikutus

Sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot korostuvat mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. (Kiviniemi ym. 2007, 272–274.) Vuorovaikutus on viestintää, joka tapahtuu sekä sanallisesti että sanattomasti. Sanaton eli nonverbaalinen viestintä on keskeistä ja merkittävää ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Nonverbaalinen viestintä pitää sisällään kasvojen ilmeet, käsien ja käsivarsien liikkeet ja eleet, kehon asennot sekä erilaiset kehon ja jalkojen liikkeet. Myös puheen sisällä on nonverbaalisia tekijöitä kuten äänen voimakkuus, puheen rytmi ja tauot puheessa. (Kiviniemi ym. 2007, 76.) Koska ihminen kasvaa ja kehittyy vuorovaikutuksessa, hänen on myös mahdollista täydentää vajeitaan ja korjata aiemmin kokemiaan traumoja vuorovaikutuksessa. (Holmberg 2010, 111.)

Sanallisessa eli verbaalisessa viestinnässä sairaanhoitajan tulee puhua potilaalle selkeästi ja lyhyesti ammattisanastoa välttäen. Vuorovaikutuksen tulee olla avointa ja rehellistä, eikä se saa sisältää epämääräisiä lupauksia. (Kiviniemi ym. 2007, 272–274) Holmbergin (2010) mukaan vuorovaikutuksen tarkoitus on käynnistää persoonallisuuden kehitys yksilöllisesti. Vuorovaikutuksen käynnistäminen prosessi auttaa käsittelemään ja ymmärtämään muutoksen mahdollisuuden ja tukemaan siinä. Prosessin edetessä potilas oppii ymmärtämään itseään ja tulemaan toimeen oireidensa ja yksilöllisten haasteidensa kanssa. (Holmberg 2010, 111.) Toisinaan potilaalle annettu tieto voi olla epämiellyttävää ja herättää voimakkaitakin tunteita. Keskustelun aikana sairaanhoitaja havainnoi potilaan reaktioita liittyen tiedon vastaanottamiseen, tiedon omaksumiseen, huolestumiseen ja ärsyyntymiseen. Tilanteet, joissa potilas on joko päihtynyt tai psyykkisesti sairas ovat erityisen haasteellisia vuorovaikutuksen kannalta ja voivat kehittyä uhkaaviksi. Tästä syystä sairaanhoitajan vuorovaikutustaidoilla on merkitystä mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. (Kiviniemi ym. 2007, 272–274.)

3.3.2 Yhteistyösuhde

Yhteistyösuhhteessa kaksi tasavertaista ihmistä tekevät yhdessä työtä potilaan auttamiseksi, mielenterveyden parantamiseksi ja päihdeongelman helpottumiseksi. Yhteistyösuhhteessa päihdepsykiatrisen potilaan on mahdollista oppia tuntemaan itsensä paremmin, ja näin voimaantua ja edistää itse omaa terveyttään. (Pikkarainen 2006, 8–9.) Ammatillinen yhteistyösuhde on työntekijän ja asiakkaan välinen suhde, johon sisältyy prosessiluonteisuus, tavoitteellisuus ja luotamuksellisuus. Yhteistyösuhdetta voidaan kutsua myös hoitosuhteeksi. Yhteistyö- eli hoitosuhdetta toteuttaa potilaan kanssa yksilövastuisen hoitotyön mukaisesti omahoitaja. Lainsäädäntö ja yleisesti hyväksytyt ammattieettiset arvot ohjaavat yhteistyösuhdetta. Yhteistyösuhhteessa toisena osapuolena on sairaanhoitaja ja toisena osapuolena voi olla yksilö, perhe tai verkosto. Yhteistyösuhteen osapuolet yhdessä sopivat kehykset yhteistyölle, joissa on mahdollisuus saavuttaa yhdessä asetettuja tavoitteita. Samalla sovitaan myös yhteistyösuhteen arvioitu kesto ja tapaamisten määrä. Tällaista sopimusta kutsutaan yhteistyösopimukseksi. (Kiviniemi ym. 2007, 59–60.)

Yhteistyösuhteen kuluessa sairaanhoitaja auttaa, tukee ja ohjaa potilasta merkityksellisten ja voimavaroja lisäävien asioiden etsimisessä ja löytämisessä. Sairaanhoitaja on kiinnostunut potilaan tavasta kokea maailmaa sekä muutoksesta hänen itsensä kertomana. Jaettujen kokemusten avulla sairaanhoitaja auttaa potilasta havaitsemaan omaan elämäänsä liittyviä käänne- ja ongelmakohtia ja näkemään ne uudella tavalla. Potilas toimii yhteistyösuhhteessa oman elämänsä asiantuntijana tuoden mukanaan itsensä, elämäänsä liittyvät kysymykset, avun tarpeen ja voimavaransa. Sairaanhoitaja tuo yhteistyösuhteeseen oman persoonansa ja ammatillisen tietotaitonsa. (Kiviniemi ym. 2007, 60.) Yhteistyösuhteen syntymiseksi ja ylläpitämiseksi tarvitaan jatkuvuutta ja aikaa. Hoitaja valitsee oman ammattitaitonsa ja käytännön kokemuksensa perusteella yksilöllisesti jokaiselle potilaalle ne keinot, jotka toimivat parhaiten juuri tämän potilaan kohdalla. Potilaan näkökulmasta yhteistyösuhhteessa toteutuvat läheisyys, ajallaan autetuksi tuleminen, oman elämän hallitseminen ja omien voimavarojen havaitseminen. Hoitajan näkökulmasta yhteistyösuhteen perustalla on läheisyys, ajal-

laan auttaminen, hoitotyön hallitseminen ja mahdollisuuksien löytäminen hoitotyössä. (Munnukka 1993, Pikkaraisen 2006, 8–9 mukaan).

3.3.3 Kuntouttava työote

Päihdepsykiatrisessa hoitotyössä karttana toimii potilaan kanssa yhdessä laadittu hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Kuntoutuminen nähdään kasvuprosessina, jonka taustalla on tieto jokaisen ihmisen kyvystä kasvuun ja voimaantumiseen. Potilas tai kuntoutuja nähdään aktiivisena toimijana, oman elämänsä ja sairautensa asiantuntijana ja päätöksentekijänä. Omassa elämässään hän pyrkii vastuullisuuteen, mikä tapahtuu tulkitsemalla, ymmärtämällä ja suunnittelemalla omaa elämäänsä. Tavoitteena on elämänhallinnan lisääminen ja elämänlaadun parantaminen sekä ylläpitäminen. Sairaanhoitajan tehtävänä on mahdollistaa kuntoutumista ja toimia yhteistyökumppanina, joka tuo yhteistyösuhteeseen ammattitaitonsa ja osaamisensa. (Kuhanen ym. 2010, 100–101.) Kuntouttavan työotteen toimintamallina on tietty toimintatapa, jolla työskennellään. Se liittyy kokonaisvaltaisesti päivittäisiin toimintoihin ja pitää sisällään sekä fyysisen, psyykkisen, henkisen että sosiaalisen osa-alueen. Lähtökohtana on terveystieteisyys, moniammatillinen yhteistyö ja tavoitteellisuus. Tällöin hoitaja tukee potilaan omatoimisuutta, aktivoi, pyrkii pitämään yllä ja parantamaan fyysisiä, psyykkisiä, älyllisiä ja sosiaalisia toimintoja. (Karvonen 2011, 11.)

Tukemalla itsetuntoa sairaanhoitaja auttaa potilasta/kuntoutujaa näkemään oman kehityspotentiaalinsa ja tukee hänen kuntoutumistaan. Kuntoutumisprosessi voi kestää jopa vuosia, minkä vuoksi sairaanhoitajan on tärkeää ylläpitää toivoa ja välittää sitä kuntoutujalle. Sairaanhoitajan osaamista on olla rinnalla, auttaa ja kannatella tarvittaessa, mutta myös osata päästää irti, kun kuntoutujalla on tarpeeksi uskoa omiin voimavaroihinsa. Kaikkea käytännön hoitotyötä voi toteuttaa kuntouttavan työotteen periaatteiden kautta. Kuntouttavan työotteen keskiössä on potilas voimavaroineen ja hänen toimintaansa rajoittavine tekijöineen. (Kuhanen ym. 2010, 103.)

3.3.4 Yhteisöhoito

Yhteisö hoitaa potilaan sekä mielenterveys- että päihdeongelmaa. Yhteisöhoito hyödyntää potilaan koko sosiaalista ja fyysistä ympäristöä potilaan hoidon ja kuntoutuksen tavoitteisiin päästäkseen. Yhteisöllisessä hoitotyössä jokainen yhteisön jäsen osallistuu ja on vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Päätöksenteko yhteisössä tapahtuu demokraattisesti potilaiden ja hoitajien kesken. (Kuhanen ym. 2010, 106–107.) Yhteisöhoidon elementtejä ovat erilaisuuden salliminen, epämuodollisuus, ihmisten välinen läheisyys, puhuttelu etunimellä, osallisena oleminen, vertaispalaute ja avoin kommunikaatio. Yhteisöltä saatua palautetta voidaan pitää terapeuttisena ja henkilökohtaista kasvua edistävänä. Yhteisössä potilas saa hoitoa myös yksilötasolla, sillä yhteisö itsessään antaa vertaistukea, palautetta toiminnasta, kannustaa, motivoi ja näyttää positiivista esimerkkiä. (Kuhanen ym. 2010, 106–107; Sopimusvuoren internetsivut 2011).

Yksilölliset vuorovaikutussuhteet jäävät pinnallisiksi ja lyhyiksi, ellei niiden tukena ole yhteisössä yhdessä sovitut toimintatavat. Yhteisön tarjoamat mahdollisuudet käytetään tietoisesti hyväksi. Yhteisöllinen hoito lähtee aina niistä olosuhteista, joissa yhteisö elää. Toiminnassa huomioidaan ympäristön tarjoamat mahdollisuudet. (Jormanainen 2002.) Yhteisöhoito tähtää potilaslähtöiseen yhteistyöhön. Laitosympäristössä yhteisöhoidolla pyritään tasa-arvoon, inhimillisyyteen ja ihmisiä yhdistävien sosiaalisten voimien löytymiseen ja hyödyntämiseen hoitotyössä. Yhteisöhoidossa painottuu sosiaalisten taitojen harjoittelu ja jokaisen vastuu yhteisistä asioista. Päivittäiset aktiviteetit ja yhdessä tekeminen tuovat struktuuria potilaan päivittäiseen elämään. (Kuhanen ym. 2010, 106–107.)

3.3.5 Hoidolliset ryhmät

Ryhmähoidon näkökulmia ovat yhteisöllinen, psykoterapeuttinen ja psykoedukatiivinen viitekehys. Tämä viitekehys valikoituu ryhmän tavoitteiden, potilaiden kunnon ja hoitoajan tai ryhmän keston mukaan. Pienryhmät jakautuvat sisältön-

sä mukaan tehtäväkeskeisiin, toiminnallisiin, tukea antaviin tai kehittäviin ryhmiin. Tehtäväkeskeisen ryhmän tavoitteena voi olla harjaantuminen päivittäisissä toiminnoissa. Toiminnallinen ryhmä hyödyntää luovaa ilmaisua keinona tuoda esiin ajatuksia ja tunteita. Tukea antavat ryhmät ovat usein keskustelupainotteisia. (Kuhanen ym. 2010, 110–111.) Ryhmähoidossa hoidetaan useaa henkilöä yhtä aikaa ryhmässä. Ajatellaan, että ihminen elää aina yhteydessä toisiin ihmisiin, ja toisaalta ongelmien ajatellaan usein saavan alkunsa juuri ihmisten välisen vuorovaikutuksen kautta. (Pulkkinen 2002.) Ihmisen häiriintynyttä kehitystä voidaan pitää myös sopeutumisreaktiona sisäiseen kipuun, jolloin nämä aiemmin elämässä koetut sopeutumisreaktiot haittaavat myöhempää elämää. (Leinonen 2003, 135) Samankaltaiset vuorovaikutuksen ongelmat seuraavat henkilöä ihmissuhteesta toiseen. Siksi onkin luonnollista hoitaa näitä ongelmia ryhmässä vertaisten joukossa. Ryhmähoito pyrkii hyödyntämään tietoisesti ryhmädynamiikkaa ja sitä, että ryhmä on enemmän kuin osiensa summa. Ryhmähoidon tarkoituksena on auttaa yksilön tunne-elämää kypsyemisprosessissa ja edistää persoonallisuuden kasvua. (Pulkkinen 2002.)

Hoidolliset ryhmät ovat keskeinen menetelmä mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Perusajatuksena on, että oireiden hallintaa ja sosiaalisia taitoja voidaan harjoitella ja oppia ryhmässä. Yhdistettynä ryhmän jäsenten yksilölliset tavoitteet ja ryhmän tavoitteet saadaan ryhmästä kuntouttava. Ryhmänohjaajalta vaaditaan reaktio-, vuorovaikutus- ja toimintataitoja. Reaktiotaidot ovat tärkeitä ryhmää havainnoidessa ja ryhmän tarpeiden ja toiminnan ymmärtämisessä. Reaktiotaitoja ovat kuuntelu, tiedon jakaminen, toistaminen, selventäminen ja kokoaminen. Vuorovaikutustaitoja ovat tukeminen, rajoittaminen, yksimielisyyden ja työskentely-yhteyden löytäminen. Näiden taitojen avulla ohjaaja voi tukea ryhmäläisiä vuorovaikutuksessa. Toimintataitoja ovat välittömyys, kysyminen, tavoitteiden asettaminen ja mallin antaminen. Näiden avulla ohjaaja tukee jäseniä osallistumaan, itseilmaisuun sekä vaikeiden kokemusten ja tunteiden käsittelyyn. (Kuhanen ym. 2010, 111–117.)

Hoidollisilla ryhmillä on kaksi tavoitetta, mutta molemmat eivät välttämättä ole tiedostettuja. Ryhmä toimii yhdessä sovitun, tiedostetun tavoitteensa saavutta-

miseksi, ja lisäksi huolehtii omasta kiinteydestään. Näitä tavoitteita voidaan kutsua myös asiatavoitteeksi ja tunnetavoitteeksi. Ryhmän toiminnan tarkoitus määrittelee asiatavoitteen. Tehokas asiatavoitteen mukainen työskentely on riippuvaista ryhmän sisäisestä tilasta ja kiinteydestä. Tunnetavoite sisältää riittävän kiinteyden ryhmän sisällä ja kuvaa ryhmän kykyä säilyä olemassa. Tietoisuus tavoitteesta tekee ryhmätyöskentelystä mielekästä, motivoi ryhmän jäseniä ja helpottaa ryhmän sisäistä työnjakoa. Jo ryhmiin hakeutuminen edellyttää tietoista päätöstä ryhmän jäseneksi tulemisesta ja osallistumisesta. Hoidollisessa ryhmässä ryhmän ohjaaja kasvattaa ryhmää hoitamaan tehtävänsä. (Niemistö 2007, 34–38)

3.3.6 Perhekeskeinen hoitotyö

Potilaan ja hänen perheensä terveys ja hyvinvointi ovat aina yhtenäinen kokonaisuus. Sekä yksilö että perhe ovat oman terveytensä parhaita asiantuntijoita. Perhekeskeisyys nähdään hyvän hoidon ominaisuutena. Perhekeskeisessä lähestymistavassa otetaan selville, mitä perhe tarvitsee ja mikä perheen merkitys on potilaalle itselleen. (Kuhanen ym. 2010, 94.) Oikean tuen antaminen oikeaan aikaan perheelle on osa sairaanhoitajan ammattitaitoa. Tuen määrän ja laadun tulee vastata perheen tarvetta. (Luodemäki, Ray & Hirstiö-Snellman 2009, 14.) Perhe otetaan mukaan potilaan tilan arvioimiseen ja hoitosuunnitelman laatimiseen. Vastavuoroisuus tiedon saamisessa toteutuu, kun perhe sekä saa että antaa tietoa. Sairaanhoitaja tukee ja auttaa potilaan lisäksi myös perhettä. (Kuhanen ym. 2010, 94.)

Potilaalle tulee perustella miksi perheen mukanaolo hoidossa on tärkeää ja häntä tulee kannustaa yhteydenpitoon, sekä päästämään perhe osallistumaan hoitoonsa. Joskus perheen mukanaoloon voivat vaikuttaa perheenjäsenten väliset suhteet. Yhteydenpito voi olla katkennut kokonaan esimerkiksi tulehtuneiden välien tai välimatkan takia. Tällaisessa tilanteessa tulee yhdessä keskustella, miten tilannetta voitaisiin korjata ja suhteita ylläpitää. Perhetilanne voi kuormittaa potilasta psyykkisesti ja vaikuttaa näin paranemisprosessiin. (Kuhanen ym. 2010, 95.) Potilaan tilanne kuormittaa myös perhettä ja läheisiä. Heidän uupu-

mistaan pyritään ehkäisemään ja samalla heidän hyvinvointinsa lisääntyy. Perhehoitotyö perustuu riski- ja suojaavien tekijöiden tunnistamiseen perheen jokaisen yksilön kohdalla. (Luodemäki ym. 2009, 14–15.) Perhettä ei voida vaatia osallistumaan hoitoon, mutta heitä voidaan hienotunteisesti kannustaa siihen. Verkostokarttaa, sukupuuta ja elämänkaaren piirtämistä voidaan käyttää perheen ja läheisten kartoittamisessa sekä menneisyyden ja nykyisyyden hahmotamisessa. (Kuhanen ym. 2010, 95.)

Perhekeskeinen työote ei aina tarkoita sitä, että perheenjäseniä olisi konkreettisesti paikalla. Kahdenkeskisessä tapaamisessa perhekeskeisyys voi olla psykososiaalisen tilanteen kartoitusta. Vaikka potilas tuntuisi olevan yksin sairautensa kanssa, hän kuitenkin elää oireineen omassa perhe- tai työyhteisössään. On tärkeää herätellä potilasta miettimään, miten hänen sairautensa ja oireensa liittyvät ihmissuhteisiin ja elämäntilanteeseen. Muiden perheenjäsenten hoitoon mukaan ottamisen tarve tulee esille potilaan kanssa keskusteltaessa. Potilaan mielipidettä tulee kuitenkin aina ehdottomasti kuunnella ja kunnioittaa. (Larivaara, Lindroos, Heikkilä 2009, 29.)

3.3.7 Eristäminen

Eristäminen on yksi pakkotoimenpide, joka rajoittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Eristämisellä tarkoitetaan psykiatrisessa sairaalahoidossa sitä, että potilas, joka on tahdosta riippumattomassa hoidossa, siirretään erityiseen eristämiseen tarkoitettuun huoneeseen. Eristäminen tapahtuu siten, että potilas laitetaan yksin huoneeseen, jossa on vain patja lattialla. Ovi suljetaan ja potilas jää yksin. Jos joudutaan eristämään potilas joka on tullut sairaalaan omasta tahdostaan, tehdään aina pakkohoitopäätös. (Salovaara, Immonen & Tyybäkinen 1997, 8.)

Eristys voi kestää muutamista minuuteista useaan vuorokauteen. Jos eristys kestää useita vuorokausia voidaan potilasta välillä kävelyttää käytävässä, ja hänellä on oikeus päästä vessaan ja suihkuun. Myös osaston ilmapiiri ja henkilökunnan määrä voivat osaltaan vaikuttaa eristyksen pituuteen. (Salovaara ym.

1997, 9.) Eristystä ohjaa mielenterveyslaki. Potilaan eristäminen tulee lopettaa heti kun se on mahdollista. Hoitavan lääkärin tulee arvioida potilaan tila niin usein kuin terveydentilan vuoksi on tarpeen, ja hänen tulee päättää eristyksen aloittamisesta ja jatkamisesta. Eristetylle potilaalle määrätään vastuuhoitaja, jonka tehtävä on huolehtia potilaan riittävästä hoidosta ja huolenpidosta toimenpiteen aikana ja mahdollisuudesta keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Syitä eristykseen ovat potilaan itsetuhoisuus, muiden ihmisten suojeleminen ja jos potilas vahingoittaa tai aikoo vahingoittaa omaisuutta tai vaikeuttaa omaa tai muiden potilaiden hoitoa. (Mielenterveyslaki 1990). Vasta-aiheita eristämiseen ovat potilaan huono fyysinen vointi, lääkkeiden tai alkoholin sivuvaikutukset tai myrkytys. Eristämistä ei tule käyttää rangaistuksena eikä henkilökunnan turhautuminen saa olla syynä. (Salovaara ym. 1997, 9.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Sovelsimme opinnäytetyössämme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää yhdistäen siihen kvantitatiivisen sisällön erittelyn. Aineiston analyysissa sisältöä tarkasteltiin myös laadullisesta näkökulmasta. Käytännössä etsimme kirjauksista hoitotyön menetelmiä ja lajittelimme ja laskimme niiden esiintymistä. Hirsjärven ym. (2009) mukaan kvalitatiivinen tutkimus pyrkii löytämään ja paljastamaan tosiasioita. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus kuvaa todellista elämää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160–161.) Koska todellisuutta ei voi pilkkoa osiin, pyritään analysoimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisella menetelmällä voidaan paitsi ymmärtää, myös tulkita yksityiskohtaisesti ja monitahoisesti tapahtumien rakenteita. (Metsämuuronen 2006, 88.) Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää tarvittiin, jotta voitiin muuttaa hoitotyön menetelmien esiintyminen määriksi ja myös laskea mielenterveys- ja päihdehoitotyön painottuminen päihdepsykiatrisen potilaan hoidossa. Kankkusen ja Vehviläisen (2009) mukaan silloin kun tutkimuksessa käytetään sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista lähestymistapaa, on kysymys metodisesta triangulaatiosta. Tutkimuksessa on mahdollista käyttää kahden tai useamman kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän yhdistelmää. Tuloksia käytetään yhtä aikaa ja ne yhdistetään tutkimuksen lopussa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 58–59.) Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopi tähän opinnäytetyöhön tutkimusmenetelmäksi, koska opinnäytetyön tarkoitus oli tunnistaa ja etsiä käytännön hoitotyön menetelmiä ja samalla osoittaa kuinka mielenterveys- ja päihdehoitotyö painottuvat päihdepsykiatrisen potilaan hoidossa.

4.2 Aineiston keruu

Hirsjärven ym. (2009) mukaan tutkija kerää yleensä itse havaintoaineistonsa. Tällainen tietoina sisältää välitöntä tietoa havainnoinnin kohteesta ja sitä nimitetään primaariaineistoksi. Kun analysoidaan muiden keräämää tietoa, sitä kut-

sutaan sekundaariaineistoksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 181.) Tässä opinnäytetyössä analysoimme meille annettuja hoitotyön kirjauksia, jotka toimivat sekundaariaineistona.

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan kirjallinen aineisto voidaan jakaa kahteen osaan: yksityisiin dokumentteihin ja joukkotiedotuksen tuotteisiin. Yksityiset dokumentit voivat olla esimerkiksi kirjeitä, puheita, päiväkirjoja, muistelmia tai esseitä. Myös potilasasiakirjat ovat yksityisiä dokumentteja. Yksityisten dokumenttien analyysissä voidaan käyttää sisällönanalyysiä. Kun käytetään yksityisiä dokumentteja tutkimusaineistona, oletetaan, että kirjoittaja kykenee ilmaisemaan itseään kirjallisesti. (Tuomi & Sarajärvi. 2009, 84.) Tässä opinnäytetyössä yksityisinä dokumentteina toimivat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin päihdepsykiatrisen osaston potilaiden hoitokertomuksien kirjaukset. Hoitokertomuksien kirjaukset ovat hoitohenkilökunnan tekemiä.

Lupa hoitokertomuksien käyttöön saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Aineistona oli Pirkanmaan sairaanhoitopiirin päihdepsykiatrisen osaston potilaiden hoitokertomuksien kirjaukset YLE- ja PSY-lehdiltä. Aineistoksi valikoitui maaliskuussa 2010 osastolle tulleiden viiden ensimmäisen potilaan hoitokertomukset. Näillä potilailla tuli olla sekä psykoositasoinen mielenterveysongelma että päihdeongelma. Hoitokertomukset valittiin potilailta, joiden diagnoosit olivat psykoosidiagnooseja väliltä F 20–F 29 ja päihdediagnooseja väliltä F 10–F 19. Hoitokertomuksista haettiin kumpiakin diagnooseja sekä ensisijaisina että toissijaisina diagnooseina, koska joillakin hoitojaksoilla diagnosijärjestys voi vaihdella siten, että päihdediagnoosi on ensin ja psykoosidiagnoosi toisena. Tässä opinnäytetyössä aineistona oli viiden potilaan hoitotyön kirjaukset kuudelta hoitojaksoilta. Tutkimukseen otettavien potilaiden määrä ja diagnostiset kriteerit päätettiin yhdessä työelämän yhteistyökumppanin kanssa.

4.3 Sisällön analyysi

Sisällön analyysia voidaan kuvata menettelytapana, jolla on mahdollista analysoida yksityisiä dokumentteja järjestelmällisesti ja yleispätevästi. Tällä mene-

telmällä saadaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä yleisessä ja tiiviissä muodossa. Johtopäätösten tekoa varten aineisto voidaan järjestellä sisällön analyysin avulla. Laadullinen analyysi jakautuu kahteen analyysimenetelmään, sisällön analyysiin ja sisällön erittelyyn. Sisällön erittely tarkoittaa dokumenttien analyysia, jossa tekstin sisältöä tarkastellaan määrällisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–107.) Tässä opinnäytetyössä hoitomenetelmien tunnistamisessa käytettiin apuna teoreettisissa lähtökohdissa mainittuja hoitomenetelmiä. Käytettyjä menetelmiä tarkasteltiin laadullisesti ja määrällisesti. Aineistolle tehtiin sekä sisällön analyysi että sisällön erittely.

Aineiston analyysi tapahtui Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiloissa. Aineistoa säilytettiin lukitussa tilassa. Aineiston analyysi aloitettiin tutustumalla materiaaliin ja lukemalla se läpi. Aineistoa käytiin läpi hoitotyön menetelmä kerrallaan. Löydetty menetelmät yliviivattiin kukin omalla värillään. Molemmat tekijät kävivät läpi koko aineiston ja jokaisen menetelmän yksi kerrallaan. Tämän jälkeen laskettiin menetelmä kerrallaan niiden esiintymistä hoitotyön kirjauksissa. Samalla tekijät tekivät huomioita menetelmien sisällöstä ja painottumisesta mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön sekä päihdepsykiatriseen hoitotyöhön. Huomiot kirjattiin omiin muistiinpanoihin. Hoitomenetelmien määrästä koottiin taulukko (taulukko 1) havainnollistamaan hoitotyön menetelmien painotuksia. Samalla tehtiin sisällön analyysi. Tulokset raportoitiin hyödyntäen sekä taulukkoa että havaintomuistiinpanoja.

Päihdepsykiatrisiksi hoitotyön menetelmiksi on tässä opinnäytetyössä jaoteltu sellaiset hoitotyön toiminnot, joissa ollaan samanaikaisesti käsitelty sekä mielenterveys-, että päihdeongelmaa ja ne toiminnot, joista ei kirjauksien perusteella ole mahdollista arvioida mielenterveys- ja päihdehoitotyön menetelmien painottumista. Tästä esimerkkinä useammassa kirjauksissa oli mainittu potilaan osallistuneen ryhmään, mutta ryhmän sisältöä ei oltu kirjattu.

5 TULOKSET

5.1 Tarvittava lääkehoito

Lääkehoidon osiossa eroteltiin lääkehoidon osalta akuuttivaihe ja akuuttivaiheen jälkeinen hoito. Tuloksissa akuuttivaiheella tarkoitetaan osastohoidon kahden ensimmäistä viikkoa. Tarkastelemme lääkehoitoa tarvittavien lääkkeiden osalta, koska materiaalia säännöllisestä lääkityksestä ei hoitotyön kirjauksissa näy. Tarvittavia lääkkeitä annettiin kuudelle potilaalle yhteensä 230 kertaa, joista 170 kertaa annettiin mielenterveysongelman hoitoon liittyen, ja 60 kertaa annettiin päihdeongelmasta johtuvia oireita helpottamaan.

Akuuttivaiheen jälkeisellä ajanjaksolla tarkoitetaan osastohoitoa kahden ensimmäisen viikon jälkeen. Yhteensä akuuttivaiheen jälkeen annettiin kuudelle potilaalle tarvittavia lääkkeitä 149 kertaa. Näistä 119 kertaa lääkettä annettiin mielenterveysongelman ja 30 kertaa päihdeongelman hoitoon. 85 kertaa tarvittavan lääkkeen kohdalla kirjauksista ei ilmennyt, mihin vaivaan lääke oli annettu.

5.1.1 Akuuttivaihe

Mielenterveysongelman vuoksi potilaille annettiin injektiolääkkeitä seitsemän kertaa. Kirjauksien mukaan lääkkeitä annettiin potilaan sekavuuden vuoksi kaksi kertaa, ahdistuneisuuden hoitoon 24 kertaa, levottomuutta helpottamaan yhdeksän kertaa, psykoottisuuden hoitoon kolme kertaa ja uneen pääsyä helpottamaan seitsemän kertaa. Kirjauksissa mainittiin, että hoitaja oli kehottanut potilasta lääkkeen ottoon kolme kertaa. Lääkehakuisuutta sairaanhoitaja on kirjannut epäilleensä yhden kerran. Yhdessä tapauksessa lääkkeen otto on ollut valvottua. Ainoastaan yhdessä kirjauksessa kerrottiin sairaanhoitajan seuranneen lääkkeen vastetta, jota ei kirjauksen mukaan ollut.

Päihdehoidossa vieroitusoireisiin potilaalle oli kirjattu annetuiksi 26 kertaa tarvittavaa lääkettä. Nikotiinikorvaushoitoa potilas oli saanut 14 kertaa. Korvaushoidon toteuttamisen kirjauksia oli 20 kappaletta.

Lääkemuutoksia oli kirjattu akuuttivaiheen aikana 40 kertaa. Näistä yhden potilaan kohdalla korvaushoitolääkitys vaihdettiin Metadonista Suboxoneen. Loput lääkemutoksia koskevat kirjaukset liittyivät mielenterveysongelman hoitoon käytettäviin lääkkeisiin. Monilla potilailla oli akuutissa vaiheessa tarvetta rauhoittavan lääkityksen lisäämiseen. Lääkemuutoksia tehtiin myös sopivan lääkeyhdistelmän löytämiseksi. Lääkehoidosta käytiin kirjausten mukaan potilaan kanssa keskustelua seitsemän kertaa. Keskustelujen sisältö liittyi lääkehoitoon motivoimiseen ja lääkemutoksista tiedottamiseen.

5.1.2 Akuuttivaiheen jälkeen

Mielenterveysongelmien hoitoon annetuista lääkkeistä kirjausten mukaan levottomuuteen potilaat saivat lääkettä kuusi kertaa, ahdistukseen 16 kertaa, psykoottisiin oireisiin 14 kertaa, aggressiivisuuden vuoksi viisi kertaa ja nukahtamista helpottamaan kolme kertaa. Yksi lääkkeenantokerroista oli injektio lääke.

Päihdeongelmien hoitoon annetuista lääkkeistä kirjausten mukaan korvaushoitolääkkeitä oli 13, vieroitusoireisiin potilas sai lääkettä yhden kerran ja nikotiinikorvaushoitoa viisi kertaa.

Ensimmäisen kahden viikon hoidon jälkeen lääkemutoksia kirjattiin tehdyiksi potilaille 44 kertaa. Päihdehoitotyön osalta lääkemutokset koskivat korvaushoitolääkkeen annoksen asteittaista nostamista ja vieroitusoireisiin saadun rauhoittavan lääkityksen vähentämistä. Mielenterveyshoitotyön osalta lääkemutokset koskivat sopivan lääkityksen ja annostuksen etsimistä. Kirjausten mukaan sairaanhoitaja pohti yhdessä potilaan kanssa lääkehoitoa seitsemän kertaa. Kirjauksista käy ilmi, että sairaanhoitaja kehotti potilasta tarvittavan lääkkeen ottamiseen viisi kertaa. Potilaan omasta pyynnöstä tarvittavaa lääkettä annettiin 112 kertaa. Kirjauksissa potilasta kehoitettiin kaksi kertaa kokeilemaan muuta keinoa

kuin tarvittavaa lääkettä. Ensimmäisessä tapauksessa potilas oli juuri saanut tarvittavaa lääkettä ja potilasta kehoitettiin odottamaan vaikutusta ja toisessa tapauksessa potilaalle ei voitu enempää tarvittavaa lääkettä antaa.

5.2 Psykoedukaatio

Psykoedukaatiota oli kirjauksien mukaan käytetty menetelmänä mielenterveys-hoitotyössä yhden kerran. Sairaanhoitaja keskusteli potilaan kanssa potilaan kuuloharhoista. Potilas koki tunnistavansa, mitkä ovat harhoja ja mitkä eivät ole. Sairaanhoitajan tulkinnan mukaan potilas ei tunnistanut kaikkia harhoja harhoiksi, ja on tästä syystä aggressiivinen ja epäluuloinen. Sairaanhoitaja pyrki selkiyttämään tilannetta ja opettamaan potilasta paremmin erottelamaan realiteetit ja harhat toisistaan.

5.3 Vuorovaikutus

5.3.1 Vuorovaikutus sairaanhoitajan aloitteesta

Mielenterveyshoitotyön menetelmänä vuorovaikutus potilaan kanssa sairaanhoitajan aloitteesta oli kirjattu analysoimiemme hoitajaksojen aikana 49 kertaa. Sairaanhoitajat olivat vuorovaikutustilanteissa potilaiden kanssa jatkuvasti erilaisissa arjentalanteissa. Tällaisia tilanteita olivat kirjausten mukaan vaikkapa ulkoilut, kotiaskareet, kanttiinikäynnit ja lautapeliin pelailun lomassa olleet tilanteet.

Sairaanhoitajat havainnoivat potilaita ja ottivat kontaktia. Sairaanhoitajat olivat kirjanneet havaintojaan ja niitä seuraavia keskusteluja tarkasti ja yksityiskohtaisesti. Kirjauksissa näkyi myös, miten sairaanhoitaja havainnoi potilaiden kireää, turhautunutta käytöstä tai paranoidista ajatuksenkulkua sekä harhaisuutta ja pyrki sitten reagoimaan tähän ottamalla kontaktia potilaisiin ja avaamalla keskustelua. Potilaat eivät aina kuitenkaan lähteneet mukaan keskusteluun näissä tilanteissa, vaan pysyivät vaitonaisina ja halusivat olla omissa oloissaan. Poti-

laiden voinnin havainnoimisen lisäksi sairaanhoitajat myös kannustivat potilaita itseään kertomaan subjektiivista kokemusta omasta voinnistaan, ja kertoivat sitten potilaille oman ammatillisen näkemyksensä tilanteesta. Yhdessä oli keskustelun myötä pohdittu syitä ahdistuneisuuteen tai harhaisuuteen. Potilaiden harhaisuus oli syynä kontakteihin usein. Potilaat eivät aina itse pystyneet tunnistamaan harhojaan tai saattoivat ne kokonaan kieltää.

Sairaanhoitaja keskusteli potilaiden kanssa usein jatkohoitosuunnitelmista ja potilaiden omista toiveista jatkohoittoa koskien. Sairaanhoitaja oli keskustellut potilaiden kanssa ahdistuksesta ja hallitsemattoman olon tunteista tai oli vain kirjannut, että kyseessä olevaa potilasta oli rauhoiteltu ja oltu potilaalle vain läsnä ihmisenä.

Päihdehoitotyön menetelmänä vuorovaikutus potilaan kanssa sairaanhoitajan aloitteesta oli kirjattu analysoimiemme hoitajaksojen aikana 19 kertaa. Sairaanhoitaja oli havainnoinut potilaita ja aloittanut keskustelun huomattuaan potilailla vieroitusoireita, levottomuutta tai unettomuutta. Keskusteluja käytiin retkahduksista, joita oli tapahtunut potilaiden ollessa lomilla tai intervallijaksojen aikana. Retkahduksista keskusteltiin aina monta kertaa, palattiin asiaan tarvittaessa, ja mietittiin yhdessä, miten retkahduksen voisi välttää tai loman viettää jatkossa selvänä. Korvaushoidossa olevien potilaiden kanssa keskusteltiin korvaushoidon käytänteistä sekä korvaushoitolääkkeen vaihdosta, vasteesta ja sivuvaikutuksista.

5.3.2 Vuorovaikutus potilaan aloitteesta

Mielenterveyshoitotyön puitteissa potilaiden aloitteesta vuorovaikutusta oli kirjattu analysoimiemme hoitajaksojen aikana 31 kertaa. Näissä tilanteissa potilaat itse lähestyivät sairaanhoitajaa ja sairaanhoitaja tarttui mahdollisuuteen olla potilaiden kanssa vuorovaikutuksessa. Keskeisiä keskustelujen sisältöjä olivat potilaiden harhat, heidän vaikeutensa luottaa henkilökuntaan ja mieltä askarruttavat asiat omassa lääkeshoidossa. Monesti potilaat halusivat kertoa ja kuvailla omaa vointiaan ja omia tuntemuksiaan sekä kysellä myös sairaanhoitajan mieli-

piteitä näistä asioista. Kirjausten mukaan potilaat halusivat keskustella usein myös yöllä. Tällöin mielessä pyörivät jatkohoitosuunnitelmat tai unettomuus ja harhat vaivasivat potilaita. Myös huoli omasta voinnista heräsi usein öiseen aikaan. Toisinaan potilaat halusivat keskustella esimerkiksi ilmaston muutoksesta tai omista harrastuksistaan, ja myös omat tulevaisuuden suunnitelmat herättivät halua olla vuorovaikutuksessa sairaanhoitajan kanssa.

Päihdehoitotyön asioissa potilaiden aloitteesta vuorovaikutusta oli kirjattu kuusi kertaa. Keskusteluissa pohdittiin potilaiden vieroitusoireita, lääkkeiden sivuvaikutuksia, hoitoon väsymistä, päihdemielitekoja, päihteiden käyttöä loman tai karkureissun aikana sekä päihteiden vaikutuksia omaan vointiin.

5.3.3 Informaation antaminen

Vuorovaikutukseen kuuluu myös informaation antaminen potilaille. Kirjauksien mukaan sairaanhoitaja antoi potilaille informaatiota mielenterveyshoitotyöhön liittyvissä asioissa kuusi kertaa. Informaatio liittyi pidättävän hoitopäätöksen tekemiseen potilaista ja potilaiden psykoosilääkityksessä tehtäviin muutoksiin koskien joko annostuksen muuttumista tai lääkkeen vaihtamista toiseen. Päihdehoitotyön informaatiokirjauksia oli yksi, mikä koski korvaushoitolääkityksen muutosta potilaan kohdalla.

5.3.4 Muu vuorovaikutus

Vuorovaikutusta oli kirjattu myös tilanteissa, jotka eivät selkeästi liittyneet mielenterveys- tai päihdehoitotyöhön. Näissä kirjauksissa kuvailtiin keskusteluja, joissa oli käyty läpi kahden potilaan välisiä konflikteja neljä kertaa. Lisäksi kirjausten mukaan sairaanhoitajat pohtivat potilaiden kanssa syy-seuraussuhteita kymmenen kertaa. Keskeisinä teemoina syyseuraussuhdekeskusteluissa olivat potilaiden välinen kanssakäyminen ja potilaan oman käyttäytymisen seuraukset yhteisössä.

5.4 Yhteistyösuhde

Yhteistyösuhde näkyi kirjauksissa omahoitajakeskusteluina. Omahoitajakeskusteluja käytiin kirjausten mukaan yhteensä 51 kertaa. Näistä 33 kertaa koski sisällöltään mielenterveyshoitotyötä, 12 kertaa päihdehoitotyötä ja 6 kertaa päihdepsykiatrasta hoitotyötä. Päihdepsykiatrisen hoitotyön kerroilla omahoitajakeskustelujen sisältö koski sekä mielenterveysongelmaa että päihdeongelmaa ja näiden vaikutuksia toisiinsa.

5.4.1 Mielenterveyshoitotyöhön liittyvät omahoitajakeskustelut

Mielenterveyshoitotyöhön liittyvissä omahoitajakeskusteluissa teemoina olivat erilaiset harhat, niiden läpikäyminen ja tunnistaminen, tunteiden kiristyminen ja ärtyminen sekä aggressiivinen käytös, univaikeudet ja jatkohoidon suunnittelu. Keskustelujen sisältö koski myös potilaiden omia tavoitteita ja ajatuksia tulevaisuudesta. Jatkohoidon rakentaminen ja keskustelu siitä sekä omat tavoitteet olivat teemoina selkeästi osastojakson loppuvaiheessa, jolloin myös potilaat olivat usein aloitteentekijöinä näissä keskusteluissa. Yksi keskustelu koostui ainoastaan siitä, että sairaanhoitaja kuunteli potilasta, kun potilas kertoi menneisyydestään ja tunteistaan. Sairaanhoitajan jakamaton huomio ja kuunteleminen helpottivat kirjausten mukaan potilaiden oloa. Osa keskusteluista koski potilaiden sen hetkistä mielialaa tai sitä sivuttiin muun mielenterveyteen liittyvän keskustelun lomassa. Joissakin omahoitajakeskusteluissa käytiin kirjausten mukaan läpi potilaiden suhteita muihin potilaisiin sekä riitatilanteita muiden potilaiden kanssa. Sairaanhoitaja rauhoitteli potilasta näissä keskusteluissa. Parisuhteeseen liittyvissä keskusteluissa sairaanhoitaja oli painottanut omilla jaloilla seisomista ja itsestä huolen pitämisen tärkeyttä.

5.4.2 Päihdehoitotyöhön liittyvät omahoitajakeskustelut

Päihdehoitotyöhön liittyvissä omahoitajakeskusteluissa käytiin useimmiten läpi potilaan päihdehistoriaa sekä hoidon aikana tapahtuneita retkahduksia. Kirjausten mukaan sairaanhoitaja pyysi usein potilaita miettimään, miten loman voisi viettää päihteettömästi. Potilaat kokivat lomat vaikeiksi ajankohdiksi jolloin potilaiden läheiset käyttivät päihteitä ja tämä aiheutti sosiaalista painetta päihteiden käyttöön myös potilaiden kohdalla. Omahoitajakeskusteluissa potilaat ja sairaanhoitaja olivat myös yhdessä miettineet päihteiden positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia elämään sekä sitä, mikä päihteiden merkitys on potilaille. Näissä keskusteluissa oli myös kirjattu ajatuksia toivosta ja tulevaisuudesta. Retkahdusten jälkeen kirjattuina teemoina olivat myös luottamus ja sen rakentaminen.

5.4.3 Päihdepsykiatriseen hoitotyöhön liittyvät omahoitajakeskustelut

Päihdepsykiatrisen hoitotyön kannalta omahoitajakeskustelujen teemoina oli kirjattu mielenterveys- ja päihdeongelman vaikutukset toisiinsa sekä potilaiden mietteitä siitä, kumpi ongelma on ollut ensin. Kirjauksissa oli myös sivuttu potilaiden historiaa perusperheen mielenterveys- ja päihdeongelmien osilta.

5.5 Kuntouttava työote

Kuntouttava työote näkyi sairaanhoitajien kirjauksissa kaikkiaan 52 kertaa. Nämä jakautuivat pienempien kokonaisuuksien kesken, joita olivat: positiivisen palautteen antaminen, vastuuttaminen, rajaaminen, realiteettinä oleminen potilaalle ja hoitoon motivoiminen. Positiivista palautetta sairaanhoitajat kirjasivat antaneensa potilaille kolme kertaa. Positiivista palautetta annettiin potilaalle aktiivisesta osallistumisesta ryhmään ja kuntoiluun sekä piirtämiseen keskittymisestä. Positiivista palautetta ei voida laskea pelkästään mielenterveyshoitotyön kuin päihdehoitotyönkään menetelmäksi. Sairaanhoitajat kirjasivat vastuuttaneensa potilaita kahdeksan kertaa. Vastuuttaminen koski vastuuta omista tekemisistä ja sanomisista osastolla. Potilaita rajattiin 28 kertaa. Rajaaminen joh-

tui pääasiassa potilaan epäasiallisesta käytöksestä toisia potilaita tai sairaanhoitajia kohtaan. Rajata piti myös potilasta, joka ei antanut muille potilaille suunvuoroa sen enempää ryhmissä kuin muutenkaan osastolla ollessaan. Lisäksi oli kirjattu realiteettinä olemista harhaiselle potilaalle kaksi kertaa.

Kuntouttavasta työotteesta nousi omaksi kokonaisuudekseen potilaan hoitoon motivointi sekä mielenterveys- että päihdehoitotyön menetelmänä kaksi kertaa. Mielenterveyshoitotyön puitteissa sairaanhoitajat kirjasivat motivoineensa potilasta kaksi kertaa lääkkeen ottoon. Päihdehoitotyön menetelmänä potilaita kirjattiin motivoituneen päihdeettömyyteen kaksi kertaa. Lisäksi kirjausten mukaan sairaanhoitajat motivoivat potilaita keskusteluun ja kontaktiin kanssaan kaksi kertaa sekä asialliseen käytökseen yhden kerran.

Mielenterveyshoitotyön menetelmänä kuntouttava työote esiintyi kirjauksissa 40 kertaa. Päihdehoitotyön menetelmänä kuntouttava työote esiintyi neljä kertaa. Keskusteluun, kontaktiin tai asialliseen käytökseen motivointia sekä positiivista palautetta ei voida osoittaa joko mielenterveys- tai päihdehoitotyön menetelmäksi.

5.6 Yhteisöhoito

Yhteisöhoitoon liittyviä kirjauksia oli 62 kappaletta. Näistä neljä oli yhteisökokouksia ja 58 orientaatioryhmään liittyviä kirjauksia. Orientaatioryhmä kokoontuu aamuisin, ja se pitää sisällään päiväohjelman läpikäymisen ja toiminnoista sopimisen. Kirjauksissa ei kuitenkaan oltu eritelty ryhmän sisältöä, vaan ainoastaan kerrottu, että potilas on osallistunut kyseiseen ryhmään, ja joissain tapauksissa kuvailtu potilaiden aktiivisuutta ryhmän jäsenenä.

5.7 Hoidolliset ryhmät

Hoidollisiin ryhmiin liittyviä kirjauksia oli toteutunut yhteensä 138 kertaa. Hoidollisia ryhmiä ei voinut jakaa mielenterveys- tai päihdehoitotyön menetelmiksi, sillä ryhmän sisältöä oli harvoin kirjattu. Yhden keskusteluryhmän osalta oli kirjattu, että potilas oli tuottanut varsin aktiivisesti ajatuksia sekä päihteistä että omasta tilanteestaan ja psyykkisestä voinnistaan. Keskusteluryhmiin liittyviä kirjauksia oli yhteensä 12. Liikunnallisia ryhmiä, kuten yhdessä kuntosalilla käymistä sekä kävelyryhmiä oli kirjattu yhteensä 70. Kirjauksissa luki usein vain, että mihin ryhmiin potilaat olivat osallistuneet. Dialektinen käyttäytymisterapiaryhmä oli kirjattu toteutuneeksi yhden kerran. Ryhmän aihetta tai sisältöä ei ollut kirjattu. Muita kirjauksissa eniten näkyviä ryhmiä oli puutarharyhmä sekä leivontaryhmä.

5.8 Perhekeskeinen hoitotyö

Analysoitujen hoitojaksojen aikana potilaiden perhe otti yhteyttä sairaanhoitajaan 12 kertaa. Syinä yhteydenottoihin olivat huoli potilaasta, tiedon tarve potilaan sairaudesta ja halu kertoa omista huomioistaan liittyen oman läheisen tilaan. Lisäksi osa yhteydenotoista koski epätietoisuutta potilaan, läheisen olinpaikasta tämän ollessa karkuteillä. Jotkut ottivat yhteyttä kysyäkseen, millainen läheisen vointi sairaanhoitajan mielestä on. Omat huomiot, joita haluttiin jakaa hoitajan kanssa, koskivat sitä, että omaisen mielestä potilaan vointi oli selvästi huonontunut verrattuna johonkin aiempaan ajanjaksoon. Perhe odotti innokkaasti, että hoidolle saataisiin vastetta ja näkyvää parantumista läheisen potilaan tilassa. Yhteydenottajana oli joko potilaan äiti tai isä. Kaksi yhteydenottoa oli kirjattu pelkästään mainitsemalla, että potilaan äiti soitti, eikä keskustelun sisältöä oltu kirjattu.

Sairaanhoitaja otti yhteyttä potilaiden perheisiin kymmenen kertaa analysoitujen hoitojaksojen aikana. Syitä yhteydenottoihin olivat tiedottaminen potilaan tilasta, potilaan toive yhteydenottoon, potilaan palaamatta jättäminen kotilomalta, potilaan tavaroiden ylenmääräisen tuomisen osastolle kieltäminen, kutsuminen hoi-

tokokoukseen ja kutsu osallistua potilaan hoitoon. Vanhemmat suhtautuivat yhteydenottoihin positiivisesti, ja kaikki olivat halukkaita osallistumaan potilaan hoitoon ja hoidon suunnitteluun.

Analysoitujen hoitojaksojen aikana oli kirjattu, että kaksi kertaa potilaita kannustettiin yhteydenpitoon perheen kanssa sekä perheen ottamiseen mukaan potilaan hoitoon. Yksi potilas oli kokonaan kieltänyt yhteydenpidon perheeseensä, eikä kannustuksesta huolimatta antanut lupaa yhteydenottoon, eikä itsekään suostunut yhteyttä ottamaan. Lisäksi oli mainittu kahdeksan vanhempien vierailua osastolla. Tässä yhteydessä ei ollut kirjattu keskusteluja hoitajan kanssa. Kahden potilaan kohdalla ei löytynyt yhtään kirjattua kontaktia perheen tai omaisten kanssa.

5.9 Eristäminen

Analysoitujen hoitojaksojen aikana potilaita oli eristyksessä viisi kertaa. Eristykset tapahtuivat hoitojaksojen alkuvaiheessa. Yksi potilas eristettiin kaksi kertaa, mutta muuten kyseessä oli aina eri potilas. Eristyksen tarkoituksena oli turvata potilaan oma turvallisuus ja muiden turvallisuus. Eristykseen päädyttiin yhteistyössä lääkärin kanssa ja potilaat itsekkin ymmärsivät eristyksen tarpeellisuuden ja yksi pyysi itse eristystä. Eristyspäätökseen johtaneita syitä olivat potilaan nujakointi toisten potilaiden kanssa, epäasiallinen käytös hoitohenkilökuntaa kohtaan, levottomuus ja ahdistuneisuus sekä subjektiivinen tunne aggressiivisuudesta. Potilasta tarkkaili kaksi hoitajaa, jotka tekivät kirjauksia 15 minuutin välein. Eristykset kestivät lyhyimmillään kuusi tuntia ja pisimmillään 53 tuntia yhtäjaksoisesti.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Eettisyys

Jo tutkimusaiheen valinta on tutkijoiden tekemä eettinen valinta. Sen lisäksi, että pohditaan sitä, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnan kannalta, on erityisesti kiinnitettävä huomiota siihen, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin. Tutkimuksen oikeutetaan sen hyödyllisyydellä. Tämä on myös tutkimusetiikan periaate. Hyöty ei aina kohdistu tutkittavana olevaan, vaan tutkimusta voidaan hyödyntää tulevaisuudessa uusien potilasryhmien kohdalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177.) Tämän opinnäytetyön hyötynä on hoitotyön menetelmien painottumisen analysoiminen ja erittelemisen mahdollistaa hoitotyön kehittämistä ja samalla saadaan tietoa siitä, millä menetelmillä päihdepsykiatrasta potilasta hoidetaan osastohoidossa.

Tutkimussuunnitelma pitää toimittaa hyväksyttäväksi eettiselle toimikunnalle, joka on riippumaton tutkijasta. Tutkimussuunnitelmassa täytyy olla huomioitu tutkimukseen liittyvät eettiset näkökohdat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 174.) Lupahakemus toimitettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirille touku-kuussa 2011. Lisäksi haettiin asiakirjalupa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiedekeskuksen johtajalta, johon tarvittiin myös hoidosta vastaavan vastualuejohtajan allekirjoitus. Lupa opinnäytetyölle sekä asiakirjalupa saatiin kesäkuussa 2011. Asiakirjoja säilytettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin osoittamissa lukituis-tiloissa. Potilasasiakirjoja käsittelivät ainoastaan luvan saaneet opinnäytetyön tekijät.

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa voidaan nykyään hyödyntää myös sähköistä kirjaamista eli erilaisia potilasdokumenteja, rekistereitä ja hoitotyön asiakirjoja. Tutkimuseettisesti on hyvin haasteellista se, etteivät asiakkaat ja potilaat tiedä tulleen tutkimuskohteiksi. Tutkimusluvan myöntäjälle jää tällöin arviointi tietojen luovuttamisesta. Käytännössä on eettisesti hyvin tärkeää, että henkilöiden identiteetti pysyy salassa. Tämä mahdollistuu henkilötietojen poistamisella tutkimusaineistosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.) Aineistosta

oli poistettu tunnistetiedot, jolloin potilaiden anonymiteettiä voitiin taata. Hoitokertomusten kirjauksissa oli käytetty kuitenkin potilaiden nimiä kolmen potilaan kohdalla viidestä, jolloin tunnistetietojen poistaminen jäi myös opinnäytetyön tekijöiden vastuulle.

Asiakirjojen tulostuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista vastasi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Potilasasiapaperit tulostettiin osastolla. Aineistoa analysoitiin ja säilytettiin opinnäytetyöprosessin loppuun asti Pirkanmaan sairaanhoitopiirin osoittamissa lukituissa tiloissa. Analysointivaihe oli touko- elokuussa 2011. Opinnäytetyön raportti tallennetaan Theseus-tietokantaan työelämätahon luvalla. Alkuperäisen aineiston hävittämisestä vastaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiri analysoinnin valmistuttua.

Eettisesti hyvään tutkimukseen kuuluu plagioinnin ja tulosten sepittämisen välttäminen. Plagioinnin mahdollisuus vältetään tarkoilla lähde- ja viitemerkinnöillä. Tekstiä, joka ei ole omaa, ei väitetä sellaiseksi. Tulosten sepittäminen tarkoittaa sitä, että saadut tulokset ovat keksittyjä tai muunneltuja oman mielen mukaiseksi. Kun opinnäytetyössä kuvataan tarkasti tutkimuksen eri vaiheet, näkyy lukijalle tutkimusprosessi. Lukijan on näin helpompi luottaa tutkimuksen tulosten paikansapitävyyteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182–184.)

6.2 Luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija työskentelee usein yksin, jolloin vaarana on sokeaksi tuleminen omalle tutkimukselleen. Tämä tarkoittaa, että tutkimusprosessin aikana tutkija on yhä vakuuttuneempi omien johtopäätöstensä paikansapitävyydestä ja omat asenteet ohjaavat tulosten tarkastelua. Tällöin käy niin, etteivät tulokset vastaa todellisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 159.) Tässä opinnäytetyössä laadullista ja määrällistä analyysia tekevässä on ollut kaksi ihmistä. Tällöin on voinut peilata omia näkemyksiään ja johtopäätöksiään toisen ajatuksiin. Ohjauksessa on käyty läpi ja yhdessä poh-

dittu tulosten tarkasteluprosessia ja johtopäätöksiä. Tämä on auttanut pysymään mahdollisimman objektiivisena opinnäytetyöprosessin aikana.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmasta. Tämä tarkoittaa sitä onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä pitikin mitata. Käytännössä tarkastellaan sitä, miten luotettavasti teoreettiset käsitteet on muutettu numeraalisiksi muuttujiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–153.) Hoitomenetelmät laskettiin sisältönsä mukaan perustuen teoreettisiin lähtökohtiin.

Tutkimuksen uskottavuus tarkoittaa tulosten kuvaamista niin, että lukijan on mahdollista ymmärtää prosessi, joka on johtanut juuri näihin tuloksiin. Tässä kuvauksessa tulee myös ilmi tutkimuksen vahvuudet ja toisaalta rajoittavat tekijät. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 160.) Tässä opinnäytetyössä tulokset ja tulosten saamiseen johtanut prosessi on avattu mahdollisimman selkeäksi jatkumoksi. Hoitotyön menetelmien tunnistamiseksi on tarkasti otettu selvää niiden teoreettisista perusteista.

Useista laadullisista tutkimuksista voi todeta monien tutkijoiden pohtivan, miten voi kertoa lukijoille selkeästi, mitä he ovat tutkimusprosessin aikana tehneet ja miten on päädytty saatuihin tuloksiin. Laadullisen tutkimuksen ydinasioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Validius tarkoittaa kuvausten ja niihin liittyvien selitysten sekä tulkintojen yhteensopivuutta. Tästä syystä aineiston tuottamisen ja tutkimisen olosuhteet on kerrottava totuuden mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233.) Tulokset ja niihin johtanut tutkimusprosessi on selitetty auki mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja todenmukaisesti.

Reliaabelius on mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa siis sen kykyä antaa täsmällisiä tuloksia. Tämä voidaan todeta usealla tavalla. Tulokset ovat toistettavia silloin, kun samaa aineistoa analysoidessaan toinen tutkijakin päätyy samanlaisiin tuloksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Reliaabeliutta tukee se, että aineistoa on analysoinut kaksi henkilöä useampaan kertaan ja saanut samanlaisia tuloksia. Tämä tukee myös analysoinnin luotettavuutta.

6.3 Tulosten tarkastelu

Hoitotyön menetelmistä mini-interventiota ei osastohoitojen aikana käytetty. Todennäköisesti päihdepsykiatriseen osastohoitoon päätyneen potilaan kohdalla lyhytneuvonta ei enää ole ajankohtaista. Päihdelinkin (2008) mukaan mini-interventiota toteutetaan enemmän avohoidon menetelmänä päihdeongelman tunnistamiseksi.

Opinnäytetyön aineistoon valikoituneissa hoitokertomuksissa potilailla oli kaikilla psykoositason mielenterveysongelma päihdeongelman lisäksi. Mielenterveys-hoitotyön menetelmät näyttävät painottuvan hoitotyön kirjauksissa päihdehoitotyön menetelmiä enemmän. Kirjauksissa näkyy, että hoito on mielenterveys- ja päihdeongelman samanaikaista ja integroitua hoitoa. Painotukset vaihtelevat kirjausten mukaan perustuen potilaan sen hetkiseen tarpeeseen. Holmbergin (2008, 21) mukaan päihdepsykiatrisen potilaan integroitua hoitoa pidetään parhaana vaihtoehtona tällä hetkellä.

6.3.1 Tarvittava lääkehoito

Kirjauksista ei ilmennyt, mihin oireisiin potilaille lääkettä annettiin. Esimerkkinä tästä voidaan pitää potilaan levottomuuteen annettua tarvittavaa lääkettä. Välillä oli vaikea sanoa, johtuiko potilaan levottomuus mielenterveysongelmasta vai päihdeongelmaan liittyvistä vieroitusoireista. Tässä opinnäytetyössä potilaskertomukseen kirjattu levottomuus on luokiteltu liittyväksi mielenterveysongelman oireisiin.

Akuuttivaiheessa ja sen jälkeen mielenterveyden hoitoon annettuja tarvittavia lääkkeitä oli huomattavasti enemmän kuin päihdeongelman hoitoon annettuja lääkkeitä. Monen annetun tarvittavan lääkkeen kohdalla kirjauksista ei ilmennyt, mihin vaivaan lääke oli potilaalle annettu. Ainoastaan yhden kerran oli kirjattu sairaanhoitajan seuranneen antamansa lääkkeen vastetta. Veräjänkorva ym. (2008, 87) mukaan sairaanhoitajan tulee kirjata sähköiseen potilastietojärjes-

telmään lääkkeen nimen, määrän sekä antamisajan lisäksi lääkkeen vaikutukset ja kuvata potilaan käyttäytymistä ja tuntemuksia.

Kirjausten mukaan lääkehoito painottuu hoitotyön menetelmissä merkittävästi. Lääkehoitoon liittyviä keskusteluja potilaiden kanssa oli kirjattu vain seitsemän. Veräjänkorva ym. (2008, 87) mukaan potilaan tulee hyväksyä hänen lääkehoidossaan tehtävät ratkaisut. Aina se ei ole kuitenkaan mahdollista, sillä joskus potilaan päätökset voivat tuottaa hänelle merkittävää haittaa. Potilaiden lääkeshoidossa on kuitenkin havaittu puutteita, mikä viittaa siihen, että potilaiden tulisi saada enemmän ja parempaa lääkeshoidon ohjausta. (Veräjänkorva ym. 2008, 87.)

6.3.2 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio mielenterveyshoitotyön menetelmänä oli kirjattu yhden kerran hoitokertomuksiin. Psykoedukaatio ilmeni tässä tapauksessa potilasopetuksena keskittyen potilaan oireiden tunnistamiseen, ymmärtämiseen ja hallintaan. Psykoedukaatiota toteutettiin kirjauksen mukaan dialogina, jossa potilas osallistui aktiivisesti ja sai olla asiantuntijana omassa tilanteessaan ja sairaanhoitaja toi keskusteluun ammatillisen osaamisensa ja kokemuksensa. Peplau 1990, Vilen ym. 2002, Kilkun 2008, 21–22 mukaan hoitaja ei yksin toteuta psykoedukaatiota, vaan potilas nähdään aktiivisena osallistujana.

6.3.3 Vuorovaikutus

Vuorovaikutusta oli kirjattu hoitokertomuksiin siten, että mielenterveyshoitotyön menetelmänä sitä esiintyi eniten. Nonverbaalista viestintää oli kirjattu lähinnä koskien potilaan käyttäytymistä. Sairaanhoitaja havainnoi potilaita ja pyrki luomaan vuorovaikutustilanteita päivittäisissä toiminnoissa. Myös potilaiden luomiin keskustelun avauksiin sairaanhoitaja tarttui ja pyrki viemään näitä tilanteita eteenpäin. Kirjauksissa tuli esiin sairaanhoitajien pyrkimys avoimeen ja luottamukselliseen vuorovaikutukseen potilaiden kanssa. Kiviniemen ym. (2007, 272–274) mukaan vuorovaikutuksen tulee olla avointa ja rehellistä. Vuorovaikutuk-

sen tarkoitus on käynnistää persoonallisuuden kehitys yksilöllisesti. Tämä vuorovaikutuksen käynnistämä prosessi auttaa käsittelemään ja ymmärtämään muutoksen mahdollisuuden ja tukemaan siinä. (Holmberg 2010, 111.) Tämän prosessin käynnistäminen ja työstäminen tuli esiin hoitotyön kirjauksista sairaanhoitajan tavasta osoittaa potilaalle prosessin vaihetta, jossa hän tällä hetkellä on, ja miten tämä näkyy potilaan toiminnassa.

6.3.4 Yhteistyösuhde

Yhteistyösuhde näyttäytyi kirjauksissa omahoitajakeskusteluina. Omahoitajakeskusteluiden sisältö painottui selvästi mielenterveyshoitotyöhön. Mielenkiintoista on, että vähiten painottuivat omahoitajakeskustelut, joiden sisältö koski sekä mielenterveys- että päihdeongelmaa. Kirjausten mukaan potilaat olivat halukkaita keskustelemaan omahoitajansa kanssa. Monesti potilaat myös itse pyysivät omahoitajakeskusteluja. Kiviniemen ym. (2007, 60) mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on yhteistyösuhteen kuluessa auttaa, tukea ja ohjata potilasta. Sairaanhoitaja on kiinnostunut potilaan tavasta kokea maailmaa, ja jaettujen kokemusten avulla sairaanhoitaja auttaa potilasta havaitsemaan omaan elämänsä liittyviä merkityksellisiä asioita. (Kiviniemi ym. 2007, 60) Kirjausten mukaan jo pelkkä omahoitajan jakamaton huomio ja kuulluksi tuleminen kokemukset olivat voimaannuttavia kokemuksia. Huomiota herättävää oli se, että vaikka yhdellä potilaalla oli nimetty omahoitaja, hänen hoitokertomuksessaan ei ollut yhtään kirjattua omahoitajakeskustelua.

6.3.5 Kuntouttava työote

Kuntouttava työote painottuu kirjausten mukaan selvästi mielenterveyshoitotyön menetelmänä. Potilaita oli rajattu kirjausten mukaan 28 kertaa, mutta positiivista palautetta oli kirjattu vain kolme kertaa. Kuhasen ym. (2010, 100–101) mukaan kuntouttavan työotteen tavoitteena on elämänhallinnan lisääminen, elämänlaadun parantaminen ja sen ylläpitäminen. Sairaanhoitaja nähdään yhteistyökumppanina, joka lisää kuntoutumista. (Kuhanen ym. 2010, 100–101.) Kirjauk-

sisä yhtenä kuntouttavan työotteen osa-alueena nousi esille potilaan motiivoin-
ti. Kirjausten mukaan potilaat vastasivat motiivointiin hyvin ja hyötyivät siitä.

6.3.6 Yhteisöhoito

Kuhasen ym. (2010, 106) mukaan päätöksenteko yhteisössä tapahtuu demo-
kraattisesti potilaiden ja hoitajien kesken. Kirjausten mukaan potilaat osallistui-
vat runsaasti orientaatioryhmään, joka kokoontui aamuisin, ja jossa mietittiin
yhdessä päivän kulkua ja jaettiin potilaiden vastuuosa-alueet. Kirjauksissa tuli
hoitajaksojen aikana esille ainoastaan neljä yhteisökokousta, joiden sisältöä ei
ollut kirjattu.

6.3.7 Hoidolliset ryhmät

Erilaisia hoidollisia ryhmiä toteutettiin kirjausten mukaan päivittäin. Ryhmien
mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön painottumista oli kuitenkin mahdoton kirja-
usten perusteella jaotella, koska ryhmien sisällöistä ei ollut kirjattu mitään. Pulk-
kisen (2002) mukaan ryhmähoito pyrkii tietoiseen ryhmädynamiikan hyödyntä-
miseen, ja siihen, että yksilö hyötyy ryhmän jäsenenä olemisesta ja oppii itses-
tään ja toiminnastaan sitä kautta. Tämän vuoksi on tärkeää, että potilaan haluk-
kuutta osallistumiseen sekä aktiivisuutta ryhmän aikana oli kirjattu runsaasti.
Potilaan havainnointi ryhmän aikana korostui kirjauksissa. Kirjauksissa tuli esil-
le, että ryhmiä oli tarjolla monipuolisesti. Potilaat osallistuivat toiminnallisiin
ryhmiin, tukea antaviin ryhmiin sekä tehtäväkeskeisiin ryhmiin.

6.3.8 Perhekeskeinen hoitotyö

Perhehoitotyötä oli kirjattu yhteensä 23 kertaa. Mielenterveys- ja päihdehoito-
työn painottumista ei kirjausten perusteella pystynyt jakamaan. Mielenkiintoista
on, että potilaan perhe otti useammin yhteyttä hoitavaan yksikköön kuin hoitajat
perheeseen. Hoitajan yhteydenotto oli kirjausten mukaan toivottu ja positiivinen

asia. Kuhasen ym. (2010, 94) mukaan perhekeskeisyys nähdään hyvän hoidon ominaisuutena. Perhekeskeisessä lähestymistavassa otetaan huomioon, mitä perhe tarvitsee, ja mikä on perheen merkitys potilaalle itselleen (Kuhanen ym. 2010, 94). Perhekeskeinen työote ei aina tarkoita sitä, että perheenjäseniä olisi konkreettisesti paikalla. Kahdenkeskisessä tapaamisessa perhekeskeisyys voi olla psykososiaalisen tilanteen kartoitusta. (Larivaara, Lindroos, Heikkilä 2009, 29.) Kirjausten mukaan potilaita kannustettiin ottamaan yhteyttä läheisiinsä ja ottamaan heidät osaksi hoitoaan. Perhekeskeinen hoitotyö näkyi näin myös kahdenkeskisissä keskusteluissa, vaikka yhteyttä läheisiin ei otettu. Viidestä potilaasta kahden potilaan hoitokertomuksiin ei ollut kirjattu perhehoitotyön näkökulmasta mitään.

6.3.9 Eristäminen

Kirjausten perusteella oli vaikea sanoa, johtuiko potilaiden eristykseen johtanut levottomuus ja aggressiivisuus mielenterveyteen vai päihdeongelmiin liittyvistä syistä. Tästä syystä eristäminen päädyttiin jaottelemaan kuuluvaksi päihdepsykiatrisen hoitotyön menetelmiin. Eristysten kesto vaihteli kuudesta tunnista 53:een tuntiin. Hoitotyön kirjaukset eristyksen osalta olivat tarkkoja ja yksityiskohtaisia. Mielenterveystien (1990) mukaan eristetylle potilaalle on määrättävä vastuuhoitaja, joka huolehtii siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon sekä mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa.

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Kehittämisehdotuksemme on huomion kiinnittäminen kirjaamiskäytäntöihin ja kirjaamisen yhdenmukaistamiseen pyrkiminen. Kirjausten sisällöt vaihtelivat laadullisesti paljon. Lääkehoidon seurannan kirjaamisen kehittäminen nousi yhtenä keskeisenä asiana esille. Erityisesti siltä osin, mikä on lääkkeen vaste, tuleeeko lääkkeestä sivuvaikutuksia, mihin vaivaan lääke on potilaalle annettu ja onko potilaalle ehdotettu tai onko käytetty lääkkeettömiä vaihtoehtoja. Kirjaamisessa tulisi kiinnittää huomiota myös toteutuneen psykoedukaation kirjaamiseen. Omahoitajuuden tukeminen nousi kehittämistarpeeksi, koska yhdellä potilaalla ei ollut ollenkaan kirjattua kontaktia omahoitajaan, vaikka omahoitaja oli nimetty.

Jatkotutkimusaiheiksi esitämme hoitotyön kirjaamisen laadun tutkimista kirjausten sisältöön keskittyen erityisesti mielenterveys- ja päihdehoitotyön alalla.

LÄHTEET

Goldstein, R., Craig, B., Bechara, A., Garavan, H., Childress, A., Paulus, M. & Volkow, N. 2009. The Neurocircuitry of Impaired Insight in Drug Addiction 13 (9), 372–380. Trends in Cognitive Sciences.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2009. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkilä, A. 2008. Riippuvuus, valheiden verkko. Helsinki: Rasalas-Kustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holmberg, J. 2008. Mitä on mielenterveys- ja päihdetyö? Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 11–26.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2006. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Jormanainen, P. 2002. Mielenterveystyön vaihtoehtoiset ammattiopinnot. Yhteisöhoito. STH1M. Kajaanin Ammattikorkeakoulu. Luettu 22.4.2011.
<http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/yhteiso.htm>

Kaasalainen, K. & Sulin, S. 2008. Päihdepotilas terveyskeskussairaalassa. Hoidon kehittäminen. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy. 1-2. painos.

Karvonen, O. 2010. Kuntouttava hoitotyö hoivayksikössä. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Luettu 21.4.2011.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy. Väitöskirja.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Sepänen, U-M. & Vuokkila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyöntekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielen-terveys-
hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Käypä hoito. 2011a. Alkoholiongelman hoito. Alkoholiriippuvuuden lääkehoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Luettu 10.2.2011. <http://www.kaypahoito.fi>.

Käypä hoito. 2011b. Huumeongelman hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Luettu 10.2.2011. <http://www.kaypahoito.fi>.

Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. 2009. Perhekeskeisen työn teoreettiset perusteet. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–32.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2001. Mielenterveys ylläpitävä voimavara. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 10–32.

Leinonen, M. Mikä ryhmäpsykoterapiassa parantaa. Teoksessa Pölönen, R. & Sitolahti, T. 2003. Ryhmä hoitaa, teoriaa ja käytäntöä. Helsinki: Yliopistopaino. 135–150.

Luodemäki, S., Ray, K. & Hirstiö-Snellman, P. 2009. Arjessa mukana, omaistyön käsikirja. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.

Mielenterveislaki. 1990. 1116. 2001. <http://www.finlex.fi>.

Niemistö, R. 2007. Ryhmän luovuus ja kehittymisehdot. Tampere: Tammer-Paino.

Nissinen, V. & Pikkarainen, A. 2002. Sairaanhoidaja lääkehoidon toteuttajana. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Mielenterveystyön vaihtoehtoiset ammattiopinnot. Luettu 22.4.2011. <http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/neuroleptit.htm#2>.

Pikkarainen, T. 2006. Sairaanhoidajan ja nuoren yhteistyösuhde nuorisopsykiatrisen osastohoitajakson aikana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Peele, S. 2004. The surprising truth about addiction 37. Psychology Today (3), 43–45.

Pulkkinen, M. 2002. Ryhmähoito. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Mielenterveys Työn vaihtoehtoiset ammattiopinnot. Luettu 22.4.2011.
<http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/ryhmat.htm>

Päihdelinkki. 2008. Alkoholineuvonnan opas. Mini-interventio eli lyhytneuvonta. 7.2.2008. Luettu 22.4.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/mini-interventio-eli-lyhytneuvonta>.

Salmela, P. 2011. Psykenlääkkeet. Luento. 1.2.2011. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

Salovaara, I., Immonen, S. & Tyybäkinen, M. 1997. Koppiin ja kahleisiin? Psykiatrisen potilaan eristäminen laitoksissa. Vantaa: Printway Oy.

Sopimusvuoren internetsivut. Terapeuttinen yhteisöhoito. Luettu 21.4.2011. <http://www.sopimusvuori.fi/dementiahoito/terapeuttinenyhteisohoito.htm>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kauppila, H-S. & Torniainen, K. 2008. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 1-2. painos.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vähäniemi, A. 2008. Mielenterveys- ja päihdepotilaan hyvä hoitoympäristö. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 101.

LIITE 1

TAULUKKO 1. Mielenterveys- ja päihdehoitotyön hoitomenetelmien esiintyvyys

	Mielenterveys- hoitotyö	Päihde- hoitotyö	Päihdepsykiatrinen hoitotyö	Yhteensä
Tarvittava lääkehoito akuuttivaiheessa	170	60		230
Tarvittava lääkehoito akuuttivaiheen jälkeen	119	30		149
Psykoedukaatio	1			1
Vuorovaikutus	86	26	17	129
Yhteistyösuhde	33	12	6	51
Kuntouttava työote	40	4	8	52
Yhteisöhoito			62	62
Hoidolliset ryhmät			138	138
Perhekeskeinen hoitotyö			23	23
Eristäminen	5			5